

**Universidade de São Paulo**  
**Faculdade de Saúde Pública**

**Obesidade na América Latina: magnitude, tendências  
e trajetória das políticas públicas de prevenção e  
controle. Estudos de caso de Brasil e Chile**

**Maura Dinorah Da Silva Motta**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Global e  
Sustentabilidade para obtenção do título de  
Doutora em Ciências.**

**Área de Concentração: Saúde Global e  
Sustentabilidade**

**Orientadora: Prof. Dra. Helena Ribeiro  
Coorientador: Prof. Dr. João Luís Gonçalves  
dos Reis Nunes**

**São Paulo**  
**2021**

# **Obesidade na América Latina: magnitude, tendências e trajetória das políticas públicas de prevenção e controle. Estudos de caso de Brasil e Chile**

**Maura Dinorah da Silva Motta**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.**

**Área de Concentração: Saúde Global e Sustentabilidade**

**Orientadora: Profa. Dra. Helena Ribeiro**

**Coorientador: Prof. Dr. João Luís**

**Gonçalves dos Reis Nunes**

**Versão revisada**

**São Paulo**

**2021**

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

#### Catálogo da Publicação

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

Motta, Maura Dinorah da Silva

Obesidade na América Latina: magnitude, tendências e trajetória das políticas públicas de prevenção e controle : Estudos de caso de Brasil e Chile / Maura Dinorah da Silva Motta; orientadora Helena Ribeiro; coorientador João Luís Gonçalves dos Reis Nunes. -- São Paulo, 2021. 199 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2021.

1. Obesidade. 2. Políticas Públicas. 3. Brasil. 4. Chile. 5. América Latina. I. Ribeiro, Helena , orient. II. Nunes, João Luís Gonçalves dos Reis , coorient. III. Título.

Tese de autoria de Maura Dinorah da Silva Motta sob o título “Obesidade na América Latina: magnitude, tendências e trajetória das políticas públicas de prevenção e controle. Estudos de caso de Brasil e Chile” apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências, aprovada em 20 de dezembro de 2021, sendo constituída pelos doutores:

#### BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ta</sup>. Dr<sup>a</sup>. Anne Dorothée Slovic  
Universidade de São Paulo

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Flávio Tayra  
Universidade Federal de São Paulo

---

Prof<sup>ta</sup>. Dr<sup>a</sup>. Helena Ribeiro- Presidente  
Universidade de São Paulo

---

Prof<sup>ta</sup>. Dr<sup>a</sup> Josefa Maria Fellegger Garzillo  
Universidade de São Paulo

A Deus, à Nossa Senhora Desatadora dos Nós, aos meus pais e à minha irmã por serem o meu tudo

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho, felizmente, nasce com muitas razões e pessoas merecedoras de agradecimentos.

Primeiramente, obviamente, agradeço a DEUS, à minha Nossa Senhora Desatadora dos Nós, ao Mestre Tupyara e a todos os meus santos, santas e entidades espíritas de devoção por me concederem a dádiva da vida e permitirem que eu realizasse e finalizasse este trabalho, apesar de todas as adversidades de saúde encontradas no caminho.

Aos meus pais, Rozangila e Mauro, por serem a razão aqui da minha existência e por estarem sempre ao meu lado, em todos os momentos, por mais árduos que sejam, me encorajando a seguir em frente e me enchendo de motivos para sempre lutar e conquistar, haja o que houver.

À minha irmã, Charlene, por ser a pessoa mais paciente e amável que eu conheço e estar ao meu lado em todos os momentos importantes da minha vida.

À melhor e mais compreensiva orientadora que há, a adorável prof<sup>a</sup> Helena Ribeiro, que me acolheu como sua orientanda no meio da trajetória acadêmica do doutoramento e que não desistiu de mim apesar de todos os (muitos) percalços sofridos ao longo da trajetória.

Ao professor Alexandre Chiavegatto, o meu primeiro orientador nessa caminhada, que me recebeu de braços abertos na Faculdade de Saúde Pública e com quem aprendi muito no curto período de convivência.

À incrível Vânia, a melhor secretária de Programa que existe, mais conhecida como o meu "anjo" em São Paulo por todo o aporte e carinho dirigidos a mim nos momentos em que eu mais precisei.

Ao professor João Nunes, meu co-orientador, que aceitou fazer parte desta jornada já na sua reta final e que foi de exímia contribuição acadêmica, além de um excelente conselheiro nos momentos em que mais necessitei de um bom suporte.

Aos colegas, pela parceria e companheirismo, em especial à Monique Padilha, pela bela amizade construída e pelo ombro e pouso sempre tão carinhosamente concedidos.

A todos os grandes "mestres-amigos" que fizeram parte desta jornada, em especial ao Carlos Honorato por todo o seu legado e apoio inicial para ingresso no doutoramento e aos meus colegas de UFCSPA Gisele Introíni e Rafael Bringhenti pela parceria e incentivo a trilhar nesta jornada.

A todos, o meu mais sincero MUITO OBRIGADA!

"Que seu remédío seja seu alimento e que seu alimento seja seu remédío" (Hipócrates)

## RESUMO

A obesidade tornou-se uma pandemia global ao se alastrar de forma exponencial ao final do século XX, atingindo principalmente países em desenvolvimento que apresentaram uma acelerada transição epidemiológica e nutricional, como o Brasil e o Chile. Dada a gravidade da situação, urge iniciativas como a criação e implementação de políticas, estratégias e ações governamentais nacionais incisivas para conter um dos maiores problemas de saúde da atualidade. O objetivo geral deste estudo foi analisar a evolução da obesidade na América Latina entre 1997 e 2019, com enfoque na sua prevalência e na trajetória das políticas públicas de prevenção e controle no Brasil e no Chile. Foram descritos e analisados o perfil histórico, os caminhos e a evolução das políticas públicas de alimentação e nutrição. Ademais, foram apresentados e contextualizados as características e perfis obesogênicos daqueles países por meio de dados estatísticos oficiais. Metodologicamente, o estudo compreendeu como estratégias a revisão bibliográfica; a pesquisa e análise documental e a análise de dados secundários. Resultados: A análise das políticas de prevenção e controle da obesidade mostram perfis diversos no rumo à contenção da doença. O Brasil apresenta descontinuidade e inconsistência nas ações de combate à obesidade. Chile segue com políticas públicas ao longo dos anos e limita a ação do mercado de alimentos com leis incisivas e inovadoras. Apesar dos avanços, as políticas públicas brasileiras aparentam fragilidade porque carecem da implementação de medidas regulatórias e fiscais sobretudo em relação às indústrias alimentícias. Isso torna o controle da obesidade e doenças crônicas relacionadas menos combativo do que no Chile, que tem suas práticas estabelecidas como políticas de Estado, com resultados mensuráveis no curto prazo. As políticas chilenas ainda não apresentam resultados observáveis em níveis populacionais na redução das prevalências de obesidade. No entanto, os primeiros resultados já apresentam tendência de estabilização.

**Palavras-chave:** Obesidade. Políticas Públicas. Brasil. Chile. América Latina

## ABSTRACT

Obesity became a global pandemic as it spread exponentially at the end of the twentieth century, affecting mainly developing countries that have undergone an accelerated epidemiological and nutritional transition, such as Brazil and Chile. Given the gravity of the situation, initiatives such as the creation and implementation of sound federal policies, strategies, and actions are urgently needed to curb one of the greatest health problems of our time. The overall objective of this study was to analyze the evolution of obesity in Latin America between 1997 and 2019, focusing on its prevalence and the course of public policies for prevention and control in Brazil and Chile. The study describes and analyzes the historical profile, the pathways, and the evolution of public policies on food and nutrition. Moreover, the characteristics and obesogenic profiles of those countries were presented and contextualized through official statistical data. Methodologically, the strategies employed in this study were literature review; documentary research and analysis; and secondary data analysis. Results: The analysis of obesity prevention and control policies show diverse profiles towards the containment of the disease. Brazil shows discontinuity and inconsistency in its actions to combat obesity. Chile pursues public policies over the years and limits the action of the food market with clear and innovative laws. Despite the advances, Brazilian public policies seem fragile because they lack the implementation of regulatory and fiscal measures, especially in relation to food industries. This makes the control of obesity and related chronic diseases less aggressive than in Chile, where practices are established as state policies, with measurable short-term results. Chilean policies do not yet show observable results at population levels in reducing obesity prevalence. However, initial results already display a stabilizing trend.

Keywords: Obesity. Public Policies. Brazil. Chile. Latin America

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> — Percentual de óbitos atribuídos à obesidade, sobre todas as causas, em ambos os sexos e idades no mundo no ano de 2019 .....	39
<b>Figura 2</b> — Percentual de óbitos atribuídos à obesidade, sobre todas as causas, em ambos os sexos e idades no mundo no ano de 1997 .....	40
<b>Gráfico 1</b> — Percentual de pessoas acima do peso que declararam não estar com sobrepeso... 52	
<b>Mapa 1</b> — Mapa Político da América Latina.....	54
<b>Fluxograma 1</b> — Neoliberalismo e a Dicotomia Globalização x Dieta .....	65
<b>Quadro 1</b> — Etapas da Transição Nutricional .....	68
<b>Mapa 2</b> — Mapa do Brasil: Localização geográfica.....	70
<b>Gráfico 2</b> — Prevalência de excesso de peso e de obesidade na população adulta de 20 anos ou mais de idade: Brasil 2002-2003 a 2019 .....	74
<b>Gráfico 3</b> — Prevalência de excesso de peso e de obesidade (%), por sexo, em indivíduos com 20 anos ou mais.....	75
<b>Gráfico 4</b> — Prevalência de excesso de peso e de obesidade (%) por grupos etários.....	76
<b>Fluxograma 2</b> — Linha "marco-temporal" das políticas públicas relativas à obesidade no Brasil .....	90
<b>Figura 5</b> — A interdependência entre o Direito Humano à Alimentação Adequada e os Determinantes Sociais.....	93
<b>Diagrama 1</b> — A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e suas versões.....	94
<b>Figura 6</b> — A intrasetorialidade e a intersetorialidade na implantação e regência da Política Nacional de Alimentação e Nutrição .....	95
<b>Diagrama 2</b> — As versões da PNAN e os seus Propósitos- 1999 e 2011.....	96
<b>Figura 7</b> — Prioridades da Atenção Nutricional.....	97
<b>Figura 8</b> — Diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição .....	104
<b>Figura 9</b> — Etapas de reformulação do Guia Alimentar para a População Brasileira .....	106
<b>Figura 10</b> — Os 8 eixos da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.....	113
<b>Quadro 2</b> — Meta 6.1 do Desafio nº 6 do II Plansan.....	119
<b>Quadro 3</b> — Ação relacionada à Meta 6.1 do Desafio nº 6 do II Plansan.....	119
<b>Figura 11</b> — Projeção das taxas de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais DCNTs no Brasil- 2000 a 2022.....	124
<b>Quadro 4</b> — II Plansan- Diretriz 5 e meta .....	125
<b>Figura 12</b> — Meta para deter o crescimento da obesidade em adultos.....	126
<b>Figura 13</b> — Monitoramento da meta, valor observado e previsto da prevalência de obesidade em adultos ( $\geq 18$ anos) no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal (2006-2019).....	128
<b>Figura 14</b> — Aumento da prevalência da prática de atividade física no tempo livre em adultos ( $\geq 18$ anos) no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal (2006-2019).....	129
<b>Mapa 3</b> — Mapa Político do Chile.....	130
<b>Fluxograma 3</b> — Linha "marco-temporal" das políticas públicas de combate à obesidade no Chile .....	147
<b>Quadro 5</b> — Guías Alimentarias para Población Chilena- Indicações .....	152
<b>Figura 15</b> — Guía Alimentaria (GABA)- Representação .....	154
<b>Figura 16</b> — Logomarca da Estratégia Ego-Chile .....	155
<b>Figura 17</b> — Rotulagem exigida pela Lei 20.606 em alimentos que ultrapassem os limites das propriedades alimentares.....	158

<b>Diagrama 3</b> — Propósitos da Lei de Rotulagem.....	158
<b>Quadro 6</b> — Limites tolerados, em gramas e mililitros, por fases da Lei 20.606.....	160
<b>Figura 18</b> — Logomarca do Programa "Elige Vivir Sano" .....	162
<b>Figura 19</b> — Logomarca do Programa "Elige Vida Sana" .....	167

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> — Número de obesos em relação à população, por sexo, nos países com maiores números absolutos de pessoas com a doença. ....	38
<b>Tabela 2</b> — Diferença percentual de óbitos entre os sexos, IMC elevado, riscos dietéticos e da prática de atividade física reduzida, nos 11 países com piores índices, no ano de 1997.....	41
<b>Tabela 3</b> — Diferença percentual de óbitos entre os sexos, IMC elevado, riscos dietéticos e da prática de atividade física reduzida nos 11 países com piores índices, no ano de 2019.....	42
<b>Tabela 4</b> — Diferença percentual do IMC elevado entre os sexos, no período de 1997 a 2019.....	43
<b>Tabela 5</b> — Classificação internacional da Obesidade segundo o IMC e o risco de comorbidade (WHO).....	46
<b>Tabela 6</b> — Classificação da Obesidade segundo a Federação Internacional de Cirurgia de Obesidade (IFSO) baseada no IMC .....	46
<b>Tabela 7</b> — Medida de obesidade visceral por etnias como critério diagnóstico obrigatório de síndrome metabólica em homens e mulheres e critérios adjacentes segundo a Federação Internacional de Diabetes (IDF).....	49
<b>Tabela 8</b> — Prevalência de sobrepeso e obesidade no mundo e na América Latina em percentual, por sexo e idade- anos distintos (2016 e 2018).....	56
<b>Tabela 9</b> — Relatório do Monitor Euros, OMS e Pesquisas Nacionais da prevalência do sobrepeso e da obesidade em 19 países da América Latina e Caribe em 2014.....	57
<b>Tabela 10</b> — Eixos e ações intersetoriais do Plano de Ação Estratégica para Enfrentamento das DCNTs (2012-2022) relacionadas à obesidade.....	123
<b>Tabela 11</b> — Metas intersetoriais do Programa de Saúde nas Escolas.....	151
<b>Tabela 12</b> — Tributação referente a quantidade de açúcar em bebidas não alcóolicas- Lei 20.780 .....	166

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira de Indústrias de Alimentação
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CAISAN	Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional
CC	Circunferência da Cintura
CEASA	Central Estadual de Abastecimento
CESNI	Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil
CF	Constituição Federal
CIT	Comissão Intersetores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNA	Comissão Nacional de Alimentação
COBAL	Companhia Brasileira de Alimentação
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DECs	Descritores em Ciências da Saúde
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
EAN	Educação em Alimentação e Nutrição
EGO	Estratégia Global contra La Obesidade
EIPCO	Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade
ENOA	Etiquetado nutricional obrigatorio
ENANI	Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
ENS	Encuesta Nacional de Salud Chilena
ENSIN	Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
FLASO	Federação Latino-Americana de Sociedades de Obesidade
FNDE	Fundo Nacional para o Desenvolvimento da Educação
GBD	Global Burden of Diseases
GHDx	Global Health Data Exchange
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro e Geografia e Estatística
ICD	Internacional Classification of Diseases
IDF	International Diabetes Federation

IFSO	Federação Internacional de Cirurgia da Obesidade
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
IMC	Índice de Massa Corporal
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INCAP	Instituto de Nutrição da América Central e do Panamá
IOTF	Internacional Obesity Task Force
ISD	Índice Social Demográfico
ITA	Instituto Técnico de Alimentação
JUNAEB	Conselho Nacional de Assistência Escolar e Bolsas chileno
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MeSH	Medical Subject Headings
MINSAL	Ministerio de la Salud Chileno
NAFTA	North American Free-Trade Agreement
ODSs	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAAS	Promoção de Alimentação Adequada e Saudável
PBF	Programa Bolsa Família
PDCNT	Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PIB	Produto Interno Bruto
PLANSAN	Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PNAC	Programa Nacional de Alimentación Complementaria
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN	Política Nacional De Alimentação e Nutrição
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNME	Programa Nacional de Merenda Escolar
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSAN	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
POF	Pesquisa de Orçamentos familiares
PROAB	Programa de Abastecimento de Alimentos Básicos em Áreas de

## Baixa Renda

PROCAB	Projeto de Aquisição de Alimentos em Áreas Rurais de Baixa Renda
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RQC	Relação Quadril-Cintura
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SAPS	Serviço de Alimentação da Previdência Social
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrom-Coronavírus-2
SCA	Serviço Central de Alimentação
Scielo	Scientific Electronic Library Online
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar
SNS	Servicio Nacional de Salud
STAN	Serviço Técnico de Alimentação Nacional
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	Agency for International Development
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Riscos e Proteção para as Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization
NCEP-ATPIII	National Centers for Environmental Prediction– Adult Treatment Panel
WOF	World Obesity Federation
PVPVS	Piso Variável em Vigilância e Promoção da Saúde
PAB	do Piso de Atenção Básica Variável
CGAN	Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição
NUPENS	Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	21
2.1 OBJETIVO GERAL .....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	21
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	22
3.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS .....	22
3.2 ESTRATÉGIAS E DELINEAMENTO .....	23
3.2.1 Utilização da Base de Dados GHDx.....	23
3.2.2 Sobre a Revisão Bibliográfica. ....	24
3.2.3 Período de abrangência.....	26
<b>4. SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS: ARCABOUÇO TEÓRICO-CONCEITUAL</b> .....	29
4.1 CONCEITUAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO.....	29
4.1.1 Tipologia das políticas públicas .....	31
4.1.2 Atores das políticas públicas .....	34
4.2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE.....	35
<b>5 A OBESIDADE COMO PANDEMIA GLOBAL E A DOENÇA EM “4CS”: CONCEITUAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO, CATEGORIZAÇÃO E CUSTOS</b> .....	37
5.1 OBESIDADE: CENÁRIO GLOBAL DA PANDEMIA .....	37
5.2 DESCRREVENDO A OBESIDADE EM “4CS”.....	44
<b>6 MAGNITUDE, POLÍTICAS PÚBLICAS E CONTEXTO HISTÓRICO DAS ESTRATÉGIAS GOVERNAMENTAIS DE BASE À PREVENÇÃO E CONTROLE DA OBESIDADE NA AMÉRICA LATINA</b> .....	54
6.1 PERFIL E MAGNITUDE DA OBESIDADE NA AMÉRICA LATINA.....	54
6.2 CONSTRUÇÃO DA TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROLE À OBESIDADE: A BASE ATRAVÉS DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	61
<b>7 MAGNITUDE, POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS E CONTEXTO HISTÓRICO DAS ESTRATÉGIAS GOVERNAMENTAIS DE BASE À PREVENÇÃO E CONTROLE DA OBESIDADE NO BRASIL E CHILE: DISTONIA DAS POTÊNCIAS LATINO- AMERICANAS</b> .....	70
7.1 PERFIL E MAGNITUDE DA OBESIDADE NO BRASIL.....	70
7.2 CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO BRASIL .....	76
7.3 POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS DE AÇÃO DIRETA À PREVENÇÃO E CONTROLE DA OBESIDADE NO BRASIL .....	88
7.4 PERFIL E MAGNITUDE DA OBESIDADE NO CHILE .....	130
7.5 CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO CHILE- PERÍODO CENTENÁRIO SOB A ÓPTICA “LEITE SALVADOR”.....	132
7.6 POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS DE AÇÃO DIRETA À PREVENÇÃO E CONTROLE DA OBESIDADE NO CHILE.....	146
7.7 DISCUSSÃO- POLÍTICAS ESPECÍFICAS RELACIONADAS À OBESIDADE NO BRASIL E NO CHILE.....	168
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	173
<b>9 REFERÊNCIAS</b> .....	175

# 1 INTRODUÇÃO

A partir da segunda metade do século XX, o mundo passou por revolucionários processos de transição de ordens epidemiológica, demográfica e nutricional, no qual tornou-se possível a observação, em poucas décadas, de um intenso declínio na incidência de doenças infecciosas e parasitárias concomitante a um aumento exponencial das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) na população (WHO, 2021a). Desde o final do século passado até o ano de 2019, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis se estabeleceram como a principal causa de morbidade, mortalidade e de incapacidade prematura no mundo, sendo responsáveis por sete das 10 primeiras causas de morte e tendo como maior incidência e impacto na saúde pública as doenças cardiovasculares, o diabetes mellitus, o câncer e as doenças crônicas respiratórias. Todas as doenças citadas são, em grande percentual, comorbidades da obesidade (SCHIMIDT *et al.*, 2011; WHO; 2019).

Contudo, no século XXI, a tendência que parecia rumar à consolidação das DCNTs como prioridade inquestionável aos sistemas de saúde no mundo, foi interrompida, ao final da segunda década, com a maior pandemia dos últimos 100 anos no planeta, ocasionada por uma nova variante do vírus corona, o SARS-CoV-2, do inglês *Severe Acute Respiratory Syndrom-Coronavirus-2* ou, em português, Síndrome Respiratória Aguda Grave, causadora da potencialmente letal doença do coronavírus, a COVID-19. A COVID-19 foi responsável pela morte, em apenas um ano após a sua primeira notificação de contágio, de mais 2 milhões de pessoas no planeta, tendo o Brasil como um dos líderes nesse *ranking* (WHO, 2021b). Os primeiros estudos de 2020, poucos meses após do descobrimento do primeiro caso na província de Wuhan, na China, comprovavam as características daqueles que apresentavam maior risco de infecção pela COVID-19, que incluem pessoas com mais 60 anos e que apresentam como comorbidade(s) doença cardíaca, diabetes mellitus, hipertensão e obesidade. Em todos estes estudos, há clara comprovação de pior prognóstico, maior mortalidade e severidade da COVID-19 naqueles pacientes que apresentam qualquer uma destas condições, mas, principalmente, a obesidade, que também é fator de risco às demais (LIGHTER *et al.*, 2020).

As DCNTs foram responsáveis por 74% das mortes no mundo no ano de 2019, o que representou mais de 40 milhões de óbitos no ano. Em 2018, respondiam por 71% dos

óbitos mundial, apresentando uma relevante oscilação de 37% nos países de baixa renda a 88% nos países de alta renda (OPAS, 2016). No Brasil, este percentual é de país desenvolvido, superando os 70% (OPAS, 2020). A principal causa geral de morte no mundo é a doença isquêmica do coração, responsável por 16% do total dos óbitos. Desde 2000, o maior aumento nos registros de mortes tem sido devido à doença, cujos números se elevaram dos cerca de 2 milhões para 8,9 milhões de óbitos em 2019. O acidente vascular cerebral e a doença pulmonar obstrutiva crônica são a 2ª e a 3ª principais causas de morte, responsáveis por aproximadamente 11% e 6 % do total, respectivamente. O diabetes mellitus também já está entre as 10 maiores causas de óbito, após um aumento percentual significativo de 70% desde o ano de 2000. Ainda, o diabetes mellitus é responsável pelo maior aumento nas mortes masculinas entre as 10 principais causas, com elevação que supera os 80% desde 2000. As pessoas com obesidade são sete vezes mais propensas a desenvolver diabetes tipo 2, enquanto o excesso de peso aumenta o risco em quase três vezes. As pessoas com obesidade grave têm um risco 60 vezes maior de desenvolver diabetes tipo 2 do que aquelas com peso normal (CAWLEY, 2014; GBD, 2020).

A obesidade tornou-se um grande problema de saúde em nível mundial ao se alastrar de forma exponencial ao final do século passado, atingindo principalmente os países em desenvolvimento, como o Brasil e o Chile. A América Latina, região onde encontra-se alguns dos países com os maiores índices da doença no mundo, vem apresentando no século XXI uma acelerada transição epidemiológica e nutricional e, mesmo que em ritmos diferentes, os países já demonstram aumento expressivo na prevalência de obesidade nos diversos subgrupos populacionais, resultando em uma sindemia global<sup>1</sup>. A obesidade é uma patologia complexa que contribui negativamente no funcionamento de diversos sistemas orgânicos, influenciando e sendo responsável pelo aparecimento de diversas DCNTs, em especial aquelas que afetam os sistemas cardiovascular e endócrino, associando-se assim a diversas comorbidades, como a diabetes mellitus tipo II, a hipertensão arterial sistêmica e as artropatias, o que reduz a qualidade e expectativa de vida da população atingida (SOUSA *et al.*, 2020). Brasil e Chile, com as maiores economias da região e com os maiores índices de obesidade da América do Sul, apresentam reais semelhanças no perfil de incidência e prevalência de

---

<sup>1</sup> O conceito de “sindemia global” remete à interação das pandemias de obesidade, desnutrição e mudanças climáticas, compartilhando determinantes que exercem influência mútua em sua carga para a sociedade (SWINBURN, 2019).

obesidade e, nas últimas décadas, mostraram crescimento em escala exponencial nos índices de sobrepeso/obesidade em todas as faixas etárias. Desse modo, demonstram a necessidade, cada vez maior, de fino mapeamento regional da condição e da criação e implementação de políticas, estratégias e ações governamentais incisivas para conter um dos maiores problemas de saúde da atualidade.

Avaliações em nível mundial demonstram o quão custosa é a obesidade e as suas comorbidades para o obeso e aos sistemas de saúde. A perda da qualidade e de vários anos de vida são consequências reais e o dispêndio financeiro com o tratamento onera mais a cada ano, tornando-se um desafio significativo aos setores de assistência à saúde, sejam públicos ou privados (CAWLEY, 2014). Segundo Runge (2007), já no início da 1ª década do século XXI, os números superavam a quantia de US\$ 65 bilhões dispendidos ao tratamento da doença e de suas comorbidades somente na América Latina.

Neste contexto, objetiva-se com esse estudo caracterizar, analisar e avaliar a evolução temporal da obesidade na América Latina entre o período de 1997 a 2019 através dos direcionamentos das Políticas Públicas de prevenção e controle da obesidade realizado via recorte regional dos casos de dois países sul-americanos, Brasil e Chile.

Este estudo baseou-se em questões norteadoras:

- Quais são e como se caracterizam as políticas, ações e estratégias governamentais nacionais relacionadas à prevenção e ao controle da obesidade desenvolvidas e implementadas no Brasil e no Chile nas últimas duas décadas?

A hipótese era que políticas públicas nacionais adequadas são necessárias para fazer frente à lógica mercadológica e enfrentar/resolver o problema da obesidade na América Latina.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a evolução temporal das políticas públicas de prevenção e controle da obesidade no Brasil e no Chile, entre o período de 1997 a 2019, no contexto da América Latina.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil histórico, direcionamentos e evolução local das políticas públicas de alimentação e nutrição na América Latina.
- Contextualizar, analisar e avaliar a trajetória histórica das Políticas de Alimentação e Nutrição dos países Brasil e Chile.
- Apresentar e contextualizar as características e perfis obesogênicos dos países Brasil e Chile.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo utilizou métodos quali-quantitativos de pesquisa, com objetivo exploratório-descritivo, realizado a partir de dados secundários tendo como fonte de consulta o *Global Health Data Exchange* (GHDx), base global de dados desenvolvida pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) e diretamente às bases que o compõem. Para os dados brasileiros, foram utilizados dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), da Vigilância de Fatores de Riscos e Proteção para as Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Para os dados chilenos, foram utilizados os dados do Ministério da Saúde (MINSAL). Foi realizada extensa revisão da literatura científica nacional e internacional (composta por livros, publicações e artigos de revistas especializadas indexadas, teses e dissertações) e de documentos oficiais nacionais para realização da análise evolutiva temporal da obesidade na América Latina entre o período de 1997 a 2019 com enfoque na trajetória das políticas públicas de prevenção e controle dos países Brasil e Chile, por recorte demográfico previamente definido.

#### 3.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Segundo GIDDENS (2012), “a pesquisa pode ser feita pelo método misto, utilizando conjuntamente os métodos quantitativos e qualitativos, de modo a obter uma compreensão e explicação mais ampla do tema estudado”.

Quanto ao propósito definido, a pesquisa exploratória, como sugerida pela própria nomenclatura, objetiva proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, sendo assim utilizada quando se faz necessária a definição do problema com maior precisão, revelando os meios relevantes de ação ou obtenção de dados adicionais antes que se possa desenvolver uma abordagem (GIL, 2007; MALHOTRA, 2001). A pesquisa descritiva objetiva conhecer e interpretar a realidade, compreendendo variados métodos de coleta de dados e exigindo do investigador uma série de informações sobre o que pretende pesquisar. É o tipo de estudo, que aliado à característica exploratória, pretende investigar e descrever os fatos e

fenômenos de determinada realidade (CHURCHILL,1987; TRIVIÑOS, 1987; MATTAR 1999)

Para Gil (2002), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida baseada em material previamente elaborado, constituído principalmente por livros e artigos científicos. Este tipo de pesquisa tem como vantagem o fato de permitir ao investigador a cobertura de um universo de fenômenos e situações muito mais amplos do que aqueles que poderia pesquisar diretamente in loco.

Referente à natureza dos dados, segundo MATTAR (1996), dados secundários de pesquisa são aqueles que já foram coletados, tabulados, ordenados e, geralmente, classificados disponíveis para livre uso do pesquisador. Apresenta como fator vantajoso considerável redução dos custos de pesquisa e a possibilidade de análise remota, necessária durante o período de pandemia atravessado.

## 3.2 ESTRATÉGIAS E DELINEAMENTO

### 3.2.1 Utilização da Base de Dados GHDx

O *Global Health Data Exchange* (GHDx) é um catálogo de dados criado e apoiado pelo IHME, o *Institute for Health Metrics and Evaluation*. O IHME fornece medições criteriosas e comparáveis dos principais problemas de saúde do mundo e avalia as estratégias utilizadas para resolvê-los. O IHME disponibiliza essas informações gratuitamente para que os formuladores de políticas tenham as evidências das quais precisam para tomar decisões informadas sobre como alocar recursos para melhorar a saúde da população.

A escolha pela base de dados GHDx se fez por esta ser a maior e mais abrangente base de dados de conteúdo demográfico e de saúde global aberta do mundo, permitindo a localização de dados pelas organizações e instituições envolvidas, pela geografia e pelo período pretendido. A base é composta por pesquisas, registros, censos populacionais, indicadores e estimativas, documentos governamentais, além de dados nacionais administrativos e financeiros relacionados à saúde, resultado de coletas realizadas ao longo de décadas e em várias localizações geográficas. Os números da população são estimados com base em *Perspectivas da População Mundial: Revisão de 2015*, da Divisão de População das Nações Unidas e do Banco de Dados de Mortalidade Humana da OMS. Já as informações sobre o país, notas e soberania são provenientes do *CIA World*

*Factbook* e as datas e acrônimos da organização provém do site da organização, assim como a cidade e o país de sua localização. A GHDx se utiliza sempre da mesma metodologia e de instrumentos de coleta de dados muito semelhantes, o que permite a realização de estudos como este.

A partir dos dados do GHDx, é realizado o *Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study* (GBD), o maior e mais detalhado projeto científico já realizado no mundo para quantificar níveis e tendências na saúde. É igualmente liderado pelo IHME da Universidade de Washington a partir da colaboração de mais 6.500 pesquisadores oriundos de mais de 155 países e territórios que participam ativamente para constante atualização. O IHME disponibiliza os resultados do GBD através de diversas e interativas ferramentas de visualização, que permitem aos usuários a manipulação, da maneira como desejar dentro dos critérios pré-estabelecidos, com as grandes quantidades de dados e as tendências que identificam. Essas ferramentas exclusivas são excelentes ao tentar identificar informações específicas para grupos de idade, sexo, causas, riscos e comparação com outras regiões.

Neste estudo, a ferramenta mais utilizada foi o GBD Compare, que permite comparar a magnitude de doenças, lesões e fatores de risco entre grupos de idade, sexo, países, regiões e tempo, permitindo acompanhar o progresso da saúde de todos os países latino-americanos entre os atuais 204 países listados e de compreender as principais causas de perda de saúde que poderiam ser evitadas.

### 3.2.2 Sobre a Revisão Bibliográfica

Primeiramente, foi realizada uma vasta revisão bibliográfica em livros, artigos científicos e trabalhos acadêmicos como teses e dissertações na busca de estudos relacionando “obesidade” com “saúde pública”, “políticas públicas”, “América Latina”, “Brasil” e “Chile”. A pesquisa dos artigos se fez através das plataformas de busca “Pubmed”, “LILACS” e “Scielo” e a das teses e dissertações através de repositórios digitais de Universidades mundiais de excelência. Devido ao caráter excepcional vivido mundialmente pela adoção de políticas de isolamento social à contenção da pandemia de COVID-19, desde o mês de março de 2020 (dois mil e vinte), foram utilizadas também para fonte de pesquisa, renomadas bibliotecas virtuais como a “Pearson” e a “Minha Biblioteca”.

A PubMed é uma plataforma de busca da National Library of Medicine (NLM), que reúne registros da imensa base de dados MEDLINE além de registros próprios PubMed. A MEDLINE é a principal base de dados da National Library of Medicine (NLM), que abrange as áreas de medicina, enfermagem, odontologia, veterinária, sistemas de saúde, saúde pública e ciências pré-clínicas. Reúne referências de artigos de periódicos, a maioria com resumos e grande parte com links para os textos eletrônicos. As referências são indexadas conforme o vocabulário MeSH Database (Medical Subject Headings). Atualmente, abrange mais de 5.200 periódicos da área biomédica, compreendendo mais de 60 idiomas. A LILACS, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde, mais abrangente e importante base de dados na área da saúde com conteúdo científico e técnico de 26 países da América Latina e do Caribe cujo acervo, atualmente, supera mais de 900 (novecentos) mil registros de artigos, revistas de revisão por pares, teses e dissertações, documentos estatais, anais de congressos e livros. Utiliza o “DeCS- Descritores em Ciências da Saúde”, com descritores e sinônimos no contexto à produção científica local, com categorias específicas de Saúde Pública, desenvolvidos a partir do MeSH com o objetivo de permitir o uso de terminologia comum para pesquisa em diversos idiomas, proporcionando um meio único, consistente e fundamentado para relação da informação. (OPAS; WHO; BIREME, 2020).

Já o Scielo, Scientific Electronic Library Online, é um portal de divulgação de periódicos que organiza e publica textos completos de artigos científicos na Internet, produzindo e divulgando os indicadores de uso e impacto desses periódicos. É um modelo à publicação eletrônica cooperativa de periódicos científicos na internet. É uma referência científica principalmente na América do Sul, América Central e Europa, permitindo a pesquisa e acesso aos textos completos de milhares de periódicos brasileiros e chilenos, além dos de países como Colômbia, Costa Rica, Venezuela, México, Cuba, Espanha e Portugal.

Na PubMed, na LILACS e no Scielo (Saúde Pública, Brasil e Chile, inicial e respectivamente), foram utilizados os descritores internos: “Obesity”, “Policy”, Health Policy”, “Public Health Policy”, "Obesity/preventionand control", “Obesity Policy” e “Obesity latin american”.

Referente aos dois países estudados e comparados, de modo direcionado, foram pesquisados e abordados a partir de 5 enfoques centrais:

- Características das transições nutricional e epidemiológica
- Magnitude da obesidade

- Políticas Públicas
- Avaliação de políticas públicas
- Bases legais que fundamentam a formulação das ações e estratégias governamentais relacionadas à alimentação e à nutrição
- Legislação vigente.

O detalhamento das políticas públicas se deu a partir das estratégias e/ou ações governamentais referências dos países analisados, que foram os marcos históricos na questão relativa diretamente à obesidade.

A pesquisa da documentação utilizada, referente às bases legais e da legislação histórica e vigente dos países analisados, foi realizada em páginas virtuais da internet dos governos brasileiro e chileno. Visando a constante atualização das informações, ao longo de todo o estudo, foi realizada busca livre às fontes supracitadas, mantendo-se assim a revisão bibliográfica e documental ao longo de todo o estudo.

### 3.2.3 Período de abrangência

O período de abrangência da Pesquisa foi estabelecido entre os anos de 1997 e 2019. A escolha deste intervalo de tempo se deve à criação da primeira política pública voltada diretamente ao controle da obesidade no Chile, um dos países de análise e se encerra no ano de 2019 para contemplação das ocorrências no tocante à obesidade nas duas primeiras décadas do século XXI e do ano de descoberta do novo coronavírus no mundo.

Ademais, foi realizado um resgate histórico de políticas de alimentação e nutrição anteriores a este período, para dar embasamento ao momento mais atual. Assim, foram descritas as políticas de alimentação que abrangem um período anterior, cujo início remete às primeiras décadas do século XX.

O estudo se divide em capítulos, que seguem a introdução, a metodologia e uma discussão sobre políticas públicas: “A obesidade como pandemia global e descrição geral da doença em “4Cs”: Conceituação, classificação, categorização e **custos**”. Seu propósito foi descrever a doença numa abordagem a partir de “4Cs” (quatro cês), uma analogia às nomenclaturas de caracterização muito utilizadas no campo da Administração, esfera da qual é oriunda esta pesquisadora, no qual se conceitua, classifica e se categoriza a

obesidade, visando pleno entendimento sobre a gravidade desta sindemia, além apresentar as estimativas gerais de custos diretos e indiretos mais recentes no tocante à obesidade. Assim, é realizada desde a contextualização da origem da doença à sua magnitude atual na população, a evolução ao longo das décadas e os custos gerados que oneram os serviços e sistemas de saúde.

O capítulo “Políticas públicas e contexto histórico das estratégias governamentais de base à prevenção e controle da Obesidade na América Latina” retoma brevemente a conceituação no âmbito das políticas públicas, destacando conceituações e definições gerais aplicáveis ao embasamento utilizado, de modo genérico, na América Latina com foco a subsidiar, primariamente, a narrativa no campo das políticas públicas de saúde, área a qual pertencem as estratégias e iniciativas-foco deste estudo. Ainda, é traçado um panorama do perfil latino-americano, apresentando a magnitude do problema na região e apresentados dados de prevalência ao longo das décadas. Inicia-se aqui, a desbravadora trajetória pelos caminhos que seguiram as políticas públicas desenvolvidas e adotadas na região desde o surgimento da primeira iniciativa na América Latina pós aumento excepcional na prevalência de sobrepeso e obesidade até as últimas aplicadas ainda no início da pandemia de COVID-19, ao final da segunda década do século XXI.

O capítulo seguinte, “Políticas públicas e contexto histórico das iniciativas governamentais nacionais de prevenção e controle da obesidade no Brasil e Chile: A distonia da obesidade na América do Sul” enfoca a abordagem e contextualização através dos 2 países da região objetos centrais da análise de suas políticas públicas nacionais, Brasil e Chile. Para a análise e avaliação das estratégias atuais - criadas, adotadas e implementadas- desenvolveu-se para cada um dos 2 países-foco do estudo, Brasil e Chile, uma “linha marco-temporal”, apresentando a trilha percorrida pelas políticas, ações e estratégias em cada país iniciando com políticas de alimentação para combate à fome e à subnutrição, as primeiras políticas públicas de ação e evoluindo para a questão da obesidade. Estas precursoras embasaram o desenvolvimento das demais políticas, ações e estratégias implementadas com enfoque específico à prevenção e controle da obesidade ao longo das recentes décadas, tão necessárias para a redução e contenção dos impressionantes números atuais da doença, que são apresentados e analisados na continuidade.

O recorte geográfico realizado com a escolha dos 2 países, Brasil e Chile, como os casos a serem analisados através de suas estatísticas e trajetórias das políticas públicas

de prevenção e controle à doença, se deu por países com níveis diferentes de obesidade e sobrepeso, mas pela similaridade das 2 nações, sob diversos e correlacionados aspectos.

Dentre os países da América Latina, Bolívia com 69,8%, México com 69,1%, e Chile com 65,5% apresentam taxas mais elevadas de obesidade e sobrepeso somadas. O Brasil ainda apresenta níveis mais baixos (53,6%). O México situa-se na América do Norte e recebe forte influência das indústrias alimentícias norte-americanas, sobretudo após o NAFTA (North American Free-Trade Agreement), apresentando condições políticas e econômicas mais distintas do Brasil. A Bolívia, por sua vez, apresenta aspectos demográficos e econômicos também bastante diferentes do Brasil. Ao não destoar do padrão geral de sua região, Brasil e Chile são duas potências econômicas que se destacam na América Latina com índices de desenvolvimento e de qualidade de vida com diversas semelhanças e que registram curva de crescimento exponencial há mais de 2 décadas quanto à prevalência de obesidade, conforme este estudo documenta. Analisar as propostas e iniciativas governamentais chilenas com índices e perfis semelhantes aos brasileiros e vice-versa pode subsidiar a criação, adoção, adequação e implementação de políticas públicas efetivas às duas nações. Os resultados podem auxiliar prevenir que o Brasil aumente suas taxas de obesidade e sobrepeso a níveis já alcançados em outros países do continente.

Desse modo, fazer uma abordagem da magnitude da situação atual da obesidade no Antropoceno, através da descrição das estatísticas oficiais do panorama evolutivo da doença nos países estudados e como as políticas governamentais nacionais estão trabalhando para reduzir, controlar e contornar tal situação é de grande relevância à saúde pública das nações e para toda a América Latina.

## 4 SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS: ARCABOUÇO TEÓRICO-CONCEITUAL

### 4.1 CONCEITUAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

A temática da política pública tem sido construída, debatida e aprimorada desde o início da década de trinta do século XX, através da contribuição de inúmeros autores. Sua fundamentação preliminar ocorreu a partir do termo em inglês *policy analysis* para agregar os conhecimentos científico e acadêmico com as ações governamentais, adicionando, também, o conceito de racionalismo limitado dos tomadores de decisão (*policy makers*) (LASSWELL, 1936). O termo “política”, do grego *politiká*, é uma derivação de *polis* que designa aquilo que é público e *tikós*, que remete ao bem comum de todas as pessoas e se refere ao uso de variados procedimentos que expressam relações de poder (ou seja, que visam influenciar no comportamento das pessoas) e se destinam a alcançar ou produzir uma solução pacífica de conflitos relacionados com as decisões públicas. Assim, pode-se que dizer que as políticas públicas representam conjuntos de programas, ações e atividades desenvolvidas pelo Estado diretamente ou indiretamente, com a participação de entes públicos ou privados, que visam assegurar determinado direito de cidadania, de forma difusa ou para determinado seguimento social, cultural, étnico ou econômico (EFDH-UFMG, 2016).

Segundo Secchi (2016), dois conceitos são fundamentais para compreender o campo das políticas públicas: o problema público e a política pública. O problema público é um conceito intersubjetivo que só existe se interfere e incomoda uma quantidade ou qualidade considerável de atores e se refere ao fim ou à intenção de resolução de alguma situação. No caso da obesidade, é um problema público na América Latina e, especificamente, nos dois países estudados.

Já a política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público. As políticas públicas têm conceituação abstrata, surgindo a partir de instrumentos governamentais concretos como, por exemplo, leis, obras, programas, prestação de serviços, campanhas, subsídios, impostos e taxas, decisões judiciais, entre diversos outros. As políticas públicas correspondem a direitos assegurados constitucionalmente ou que se afirmam graças ao reconhecimento por parte da sociedade e/ou pelos poderes

públicos enquanto novos direitos das pessoas, comunidades, coisas ou outros bens materiais ou imateriais. (SECCHI,2013; RUA, 2009).

Ainda, segundo Rua (2009), as políticas públicas compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores envolvendo bens públicos, sendo um dos resultantes da atividade política estatal.

Dias e Matos (2012) discorrem que as políticas públicas trabalham na gestão dos problemas e das necessidades coletivas através da utilização de metodologias que identificam as prioridades das demandas, racionalizando a aplicação de investimentos e utilizando o planejamento como forma de se atingir os objetivos e metas predefinidos.

Para Fonseca (2013), as “políticas públicas” podem ser caracterizadas como um processo político decisório, que se materializa em objetivos ou metas com resultados esperáveis, geralmente vinculados à transformação de uma dada realidade, com vetores distintos, e que envolvem: a) técnicos estatais e não governamentais, burocratas e políticos (tomadores de decisão); b) atores distintos (com “recursos de poder” assimétricos), cenários e conjunturas (por vezes voláteis); c) capacidade e viabilidade de o Estado disponibilizar recursos orçamentários, humanos, legais e logísticos; d) mecanismos de mensuração dos resultados.

Melazzo (2010) sucinta que a política pública pode ser caracterizada como um campo de investigação que nasce da ciência política, como seriam as investigações em torno do estudo de governos, administração pública, relações internacionais e comportamento político.

Jaime (2019), por fim, caracteriza políticas públicas como um conjunto de diretrizes e regramentos norteadores da ação do poder público e que mediam as relações entre atores da sociedade e o Estado. Explana ainda que o conceito de políticas públicas pode assumir diferentes contornos dependendo da perspectiva do campo do conhecimento assumido. Cita como exemplo que às Ciências Econômicas, trata-se de investigar e propor formas mais ou menos interventoras, de o Estado gerir os seus recursos disponíveis, seja de capital social ou econômico enquanto para as Ciências da Saúde, o enfoque se dá na eficácia e na efetividade das soluções dos problemas de saúde que acometem indivíduos e coletividade, primando intervir no processo saúde/doença e promover saúde e bem-estar social. Dessa maneira, as políticas públicas são projetos, programas e ações elaborados e praticados pelo poder público, com o auxílio de entes públicos e privados, cujo objetivo é o de assegurar e preservar o direito à saúde a vários grupos da sociedade ou a determinado segmento social, cultural, étnico ou econômico.

O nascimento de uma política pública se dá via um prévio conjunto de escolhas de políticas que sejam plausíveis à resolução de problemas. Quando uma situação, ou estado de coisas, acaba por se transformar em um problema público, que necessite por gerar mobilização e ação política, surgem os fatores que levam ao nascimento de políticas públicas. De modo geral, esses fatores têm pelo menos uma das características, segundo Ruas (2009):

“Mobilização e ação coletiva de grandes grupos, ou de pequenos grupos dotados de fortes recursos de poder, ou de atores individuais estrategicamente situados; Situação de crise, calamidade ou catástrofe, de maneira que o ônus de não resolver o problema seja maior que o ônus de resolvê-lo e Oportunidade, as vantagens antevistas, a serem obtidas com o tratamento de um problema antes que ele ocorra.”

A formulação de políticas públicas não pode ou deve se limitar à resolução de um problema político após a sua identificação, mas sim, sempre que possível, primar pela busca por ações que precedam o surgimento de um problema e sigam para a análise de possíveis cenários, até a avaliação das formas atuais e futuras de resolução dos problemas públicos que possam desdobrar-se das estratégias e intervenções derivadas (WU *et al.*, 2014).

A ciência da política pública é um campo de estudos que se desassociou das ciências políticas e que fora influenciada por uma série de disciplinas como a economia, a sociologia, a engenharia, a psicologia social, a administração pública e o direito. Dada a finalidade, os estudos podem ser divididos em descritivos e prescritivos. Os estudos de cunho descritivo objetivam construir teorias, através da descrição e explicação dos tipos de políticas públicas, do comportamento dos atores e das instituições nas diversas fases do processo de política pública. Já os estudos de cunho prescritivo se direcionam a “melhorar” as políticas públicas, ou seja, apontar como elas deveriam ser. (SECCHI, 2016).

#### 4.1.1 Tipologia das políticas públicas

As teorias de Lowi e de Wilson classificam os tipos de políticas públicas analisadas neste estudo. Lowi, apresentou a sua teoria, inicialmente, em seu artigo publicado no ano de 1964 na revista *World Politics*, com sucessivos aprimoramentos

explicados em trabalhos *a posteriori* que se baseiam no critério de “impacto esperado na sociedade” (LOWI, 1964). Dividindo-se em quatro segmentos, as características das macropolíticas expressam formas diferentes do exercício da autoridade governamental e de influência no processo de decisão política, sendo elas:

- Políticas públicas distributivas – São aquelas, teoricamente, voltadas à alocação de bens, recursos públicos e serviços a um segmento específico da sociedade, podendo assim serem influenciadas e instrumentalizadas pelo clientelismo, assistencialismo ou conflito de interesse.

- Políticas públicas redistributivas – São as que visam alocar bens, serviços e recursos entre os grupos sociais, para um maior número de pessoas baseando-se assim no princípio da equidade. Destinam-se a atenuar desigualdades sociais, mas por migrarem recursos de um grupo para beneficiar outro (s), pode provocar conflitos de interesse na sociedade. O programa Bolsa-Família brasileiro, cujo objetivo era a redução da situação de vulnerabilidade e pobreza, determinantes sociais diretamente ligados à obesidade é um exemplo.

- Políticas públicas regulatórias: São as que buscam a definição de regras e procedimentos que regulem comportamento dos atores (dirigentes públicos e sociedade) para atender interesses gerais da sociedade. Não têm o objetivo de oportunizar benefícios imediatos para qualquer grupo e são reconhecidas em leis, decretos, portarias e resoluções. No tocante à obesidade, são exemplos as políticas regulatórias de publicidade e propaganda e ao comércio de alimentos ricos em gorduras e açúcares nas escolas visto que é possível associar as ações com a perspectiva de promoção de mudanças nos condicionantes ambientais da obesidade.

- Políticas públicas constitutivas: São as relacionadas a procedimentos, que definem competências, regras de disputa política e da elaboração de políticas públicas. “São chamadas meta-políticas, porque se encontram acima dos outros três tipos de políticas e comumente moldam a dinâmica política nessas outras arenas (SECCHI, 2012). A Organização da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e a participação da sociedade civil nas decisões políticas em todos os âmbitos, como o da saúde, são dois exemplos.

Este estudo se propôs a realizar análise das políticas, ações e estratégias governamentais nacionais de prevenção e controle da obesidade nos países Brasil e Chile a partir dos princípios que fundamentam a tipologia clássica de políticas formulada por Lowi. As variadas características permitem que haja, de alguma maneira, incidência

direta nas condutas ou contextos (individuais ou categóricos) específicos e atingir assim um expressivo problema, como a obesidade.

Já Wilson, que formulou a sua tipologia adotando como critério a distribuição dos custos e benefícios da política pública na sociedade, corrobora e complementa a teoria de Lowi. A tipologia de Wilson divide-se em políticas clientelistas, que são aquelas em que os benefícios são concentrados em determinados grupos e os custos ficam difusos na coletividade. São as políticas distributivas da tipologia de Lowi; políticas de grupo de interesses em que tanto os custos como os benefícios estão concentrados sobre específicas categorias. Referem-se, na tipologia de Lowi, às políticas redistributivas. Já as Políticas majoritárias, são aquelas em que os custos e benefícios são distribuídos pela coletivo e as políticas empreendedoras que importam em benefícios ao todo. Estes dois últimos tipos não foram previstos na tipologia de Lowi, e talvez seja o maior diferencial da tipologia de Wilson.

Quanto aos beneficiários e ao grau de intervenção, as políticas públicas podem ser classificadas ainda segundo diferentes critérios e enfoques (MERIGO e ANDRADE, 2002; SECCHI, 2013)

a) À abrangência dos beneficiários:

- Políticas públicas universais: Destinadas para todos os cidadãos, como detentores de determinado direito reconhecido ou legitimado. O SUS, no Brasil, é um grande exemplo de política universal.

- Políticas públicas segmentais: Se destinam a um segmento específico da população, caracterizado por um fator determinante como idade, condição física, gênero, etc.

- Políticas públicas focalizadas ou fragmentadas: São destinadas para um público-alvo de determinado segmento da população.

b) Ao grau de intervenção

- Políticas públicas estruturais: São as que buscam interferir em todos os determinantes sociais, em especial os macro determinantes que condicionam as relações estruturais como renda, emprego, acesso à terra e propriedade, por exemplo.

- Políticas públicas conjunturais, compensatórias ou emergencial – São as que objetivam amenizar uma situação temporária, em geral de caráter urgente ou imediato.

#### 4.1.2 Atores das políticas públicas

O uso do termo “ator” no campo das políticas públicas é, predominantemente, utilizado na classificação das organizações e dos grupos que desempenham algum papel, direto ou indireto, na arena política. Segundo Secchi (2013), os atores podem ser indivíduos ou instituições que influenciam os processos de políticas públicas: governamentais (burocratas, juizes, políticos e outros) e não governamentais (grupos de interesse, partidos políticos, meios de comunicação, destinatários das políticas, organizações do terceiro setor, organismos internacionais, pesquisadores, especialistas, associações de classe e outros). O modelo analítico *Political Nexus Triad* de Moon e Ingraham (1998) classifica os atores das políticas em três grupos: políticos (Eleitos e seus designados politicamente), burocratas (selecionados via concurso público) e sociedade civil (externos à administração pública). A importância dos atores tem variância de acordo com a fase do ciclo de políticas públicas, podendo ocorrer expansões e reduções de opções à ação dos atores (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013).

De modo didático, pode-se expor que os atores são os personagens que influenciam a opinião pública sobre o que deve ser considerado/classificado como um problema coletivo. São responsáveis também por influenciar o que deve fazer parte ou não da agenda. Os atores elaboram e analisam propostas, tomam decisões consideradas cabíveis e permitem que projetos sejam convertidos em ações.

São considerados os principais atores das políticas públicas:

- Os dirigentes públicos- São os representantes estatais, os governantes políticos e os seus designados, responsáveis pela gestão e tomada de decisão dentro da esfera pública. Os governantes políticos então investidos de cargos nos poderes executivo são os representantes dos interesses da coletividade e detêm da legitimidade à proposição e aplicação de políticas públicas de grande impacto social. O principal papel de atuação é o de identificar os problemas de relevância à sociedade e decidir quais políticas devem ser aplicadas para combatê-los. Os designados são indicados pelos governantes eleitos a desempenhar funções de direção, chefia e assessoramento na administração pública. Podem ser do quadro funcional da burocracia servidores públicos de carreira.

- Designados Politicamente: Pertencentes a uma faixa intermediária de cargos públicos. No Brasil, pode-se identificar dois tipos de designados políticos, sendo eles aqueles em cargos de confiança (ocupado somente por servidores públicos de carreira) e os investidos de cargos comissionados (ocupável tanto por burocratas quanto às pessoas

externas). São eles beneficiários ou sujeitos de direitos, sociedade civil e Grupos de pressão (lobby).

## 4.2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Quando se fala de políticas públicas em saúde, se está discutindo sobre um dos mais importantes tipos de políticas públicas sociais.

É atribuído ao sistema das Nações Unidas (ONU) e suas agências o crédito da retomada, reconceituação e disseminação da ideia de que a política social constitui condição do desenvolvimento econômico (BRAIDE, 2014). Nos países em desenvolvimento, em especial da América Latina, apenas nas últimas décadas, se deu início a uma tentativa de ajuste e equacionamento à necessidade do desenvolvimento econômico e da promoção de inclusão social através das políticas nacionais de saúde (SOUZA, 2003).

Segundo WHO (2014), as políticas públicas em saúde se referem a um posicionamento ou procedimento estabelecido por instituições oficiais competentes, de ordem governamental, que definem as prioridades e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras questões políticas. Conforme a maioria das políticas públicas, as políticas de saúde emergem a partir de um sistemático processo de construção de suporte às ações de saúde que se embasam sobre as evidências disponíveis, integradas e articuladas com as preferências da comunidade, as realidades políticas e os recursos à disposição.

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e laboral. Têm como função característica em relação às outras políticas públicas da área social a de organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCCHESI, 2002).

Fleury (2009) reforça a importância das políticas públicas em saúde como instrumento que evidencia a intenção, os objetivos e as estratégias dos governos, através das quais se estabelece um compromisso com a população. Ratifica ainda que “o cerne da política é constituído pelo seu propósito, diretrizes e definição de responsabilidades das esferas de governo e dos órgãos envolvidos”, podendo-se afirmar, portanto, que o processo construtivo de uma política de saúde, envolve os estabelecimento de determinada relação entre Estado, sociedade e mercado e que expressa os momentos

políticos, econômicos e sociais através das agendas públicas e do papel assumido pelo Estado, pela iniciativa privada e pela sociedade civil.

Dessa maneira, as políticas públicas de saúde são projetos, programas e ações elaborados e praticados pelo poder público, com o auxílio de entes públicos e privados, cujo objetivo é o de assegurar e preservar o direito à saúde para vários grupos da sociedade ou para determinado segmento social, cultural, étnico ou econômico.

Já sob a perspectiva da economia política, Freeman e Moran (2000) identificam nas políticas de saúde 3 dimensões entrelaçadas e indissolúveis: a econômica, a de poder e de proteção social. Notoriamente, a interação dessas vertentes se evidencia fortemente na prevenção e no controle da obesidade. A econômica se destaca na grande e influente produção de alimentos não saudáveis da indústria alimentícia a satisfazer os seus inegotáveis interesses financeiros. A de poder, que envolve atores das esferas governamentais e do mercado, responsável pela articulação de medidas satisfatórias e visando a redução de conflitos de interesses entre as partes. Já a proteção social envolve a participação direta do Estado na garantia do bem-estar da população em que, através da proposição e implementação de políticas públicas de saúde, visa a adoção de medidas de promoção da saúde, regulação e de assistência na prevenção, controle e na redução de danos às consequências da obesidade na população.

Existem três níveis estratégicos de organização que devem ser considerados para que a prevenção e o controle da obesidade sejam efetivos, são eles: o âmbito macro, das macropolíticas que regulam o sistema de Atenção à Saúde; o âmbito meso, das organizações de saúde e da comunidade e o âmbito micro, das relações entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias e suas famílias. Esses níveis interagem e influenciam de forma dinâmica uns aos outros. Os limites entre os níveis micro, meso e macro nem sempre são claros. Eles estão unidos por um circuito interativo de retroalimentação em que os eventos de um âmbito influenciam as ações de outro, e assim sucessivamente (WHO, 2006). Neste estudo estão abarcadas as políticas de nível macro, ou seja, as políticas públicas nacionais, ações diretrizes e estratégias governamentais de prevenção e controle à obesidade.

## 5 A OBESIDADE COMO PANDEMIA GLOBAL E A DOENÇA EM “4CS”: CONCEITUAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO, CATEGORIZAÇÃO E CUSTOS

### 5.1 OBESIDADE: CENÁRIO GLOBAL DA PANDEMIA

A obesidade, doença crônica não transmissível multifatorial está associada a cerca de uma centena de doenças e problemas de saúde em todos os órgãos e sistemas, apresentando-se assim, tanto como causa quanto como fator de risco de morte (SMITH, 2008; MANCINI, 2010; SHING et al, 2013).

Nas últimas décadas, a obesidade se tornou um dos maiores problemas de saúde nos países considerados desenvolvidos e está, em acelerado crescimento, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil e a maioria de seus vizinhos latino americanos. Havia uma a cada quatro crianças acima do peso nos países desenvolvidos e 13% nos em desenvolvimento (GBD, 2017). Em todos, o que chama a atenção é o aumento da prevalência, com características exponenciais, registrado em todas as faixas etárias. Os números, ao final do século passado, já começavam a mostrar a magnitude da questão como uma grande epidemia e um grave problema de saúde global. O problema é de tamanha gravidade que já no início dos anos 2000, a obesidade havia ultrapassado o tabagismo como causa de morte e doenças.

Segundo o mais recente Estudo de Carga Global de Doença, o *The Global Burden of Disease Study* (2019), publicado pelo *New England Journal of Medicine* há no mundo, atualmente, mais de 2,3 bilhões de habitantes acima do peso ideal e a população obesa mais do que duplicou em 73 países desde a década de 1980. Em 2015, a estimativa era de que 711,4 milhões de pessoas eram obesas no mundo, sendo destas, 107,7 milhões de crianças, o que representa prevalência de 12% em adultos e 5% na população infantil. Para critério de comparação, no ano de 2008, cerca de 1,5 bilhão de adultos, com mais de 20 anos, estavam acima do peso e destes, mais de 500 milhões eram obesos, sendo mais de 300 milhões do sexo feminino. Em todos os níveis de Índice Social Demográfico (ISD) e para todas as faixas etárias, a prevalência de obesidade é geralmente maior para mulheres do que para homens e curiosamente com a maior prevalência para a faixa etária feminina entre 60 e 64 anos que vive em países com ISD elevado (WHO, 2014). No mundo, é responsável direta por cerca de 4 milhões de mortes, número superior às

causadas por acidentes de trânsito, pelo Alzheimer e pelo terrorismo juntos. Já na América Latina ocasionam mais de 200 mil óbitos, com constância na tendência de crescimento. (SHARMA, 2005; MOTTA, 2013; OPAS, 2018; GBD, 2019).

O Estudo *Global Burden Disease 2015* destacou, ao considerar números populacionais absolutos, que mais de 50% dos obesos do mundo vivem em 10 países, sendo eles (classificando por maior taxa de obesidade): Estados Unidos, China, Índia, Rússia, Brasil, México, Egito, Alemanha, Paquistão e Indonésia (Tabela 01). Assim, em números absolutos, destaca-se o Brasil na América Latina. O Chile, por possuir uma população pequena, não aparece nesta lista, em que pese apresentar taxas de obesidade das mais altas na América Latina.

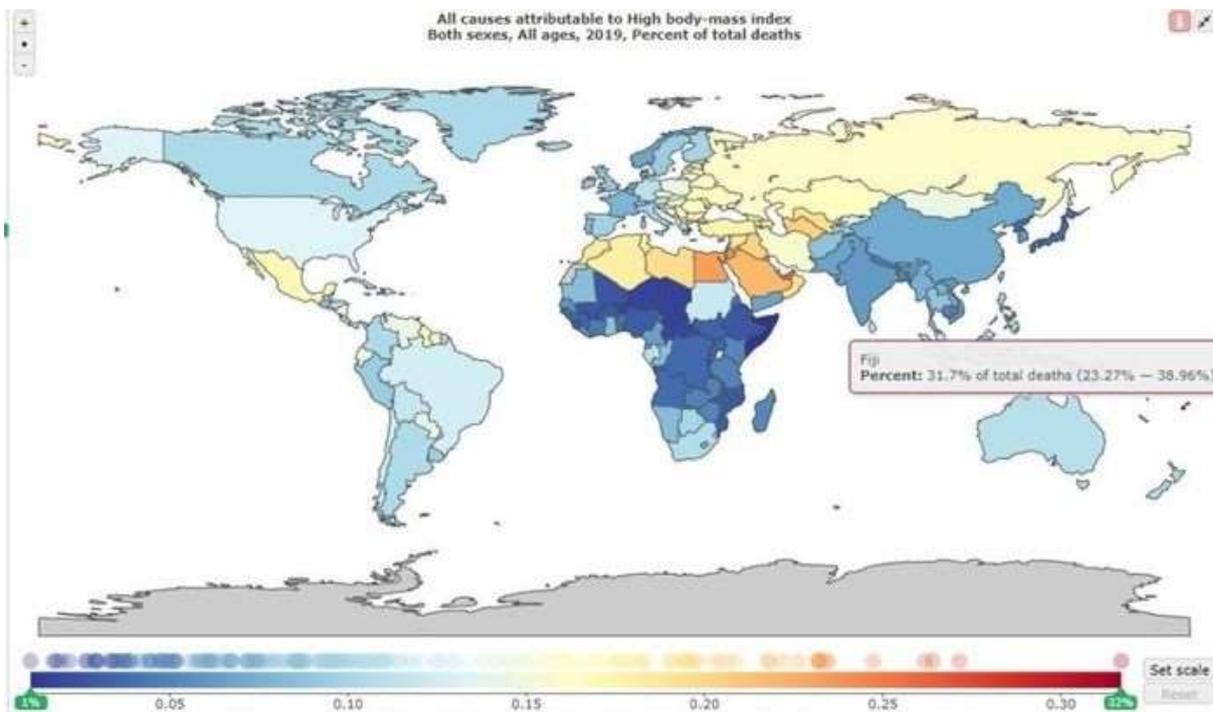
**Tabela 1** — Número de obesos em relação à população, por sexo, nos países com maiores números absolutos de pessoas com a doença

<i>País</i>	<b>População do país (milhões de habitantes)</b>	<b>População com obesidade (milhões de habitantes)</b>	<b>Taxa de obesidade por sexo (%)</b>	
			Feminino	Masculino
<i>Estados Unidos</i>	321	86,9	33,9	31,7
<i>China</i>	1.370	62	5	3,8
<i>Índia</i>	1.309	61	6,9	4,5
<i>Rússia</i>	144	29,2	28,5	15,3
<i>Brasil</i>	206	26,2	20,6	11,7
<i>México</i>	126	24,9	32,7	20,6
<i>Egito</i>	94	21,8	48,4	26,4
<i>Alemanha</i>	82	17,1	22,5	22,9
<i>Paquistão</i>	189	16,7	14,3	14,4
<i>Indonésia</i>	25	15,1	8,3	5,4

Fonte: Tabela elaborada com base nos dados do GBD 2015 e Banco Mundial, adaptado.

Quanto ao número de óbitos, conforme demonstrado na Figura 1, a obesidade é, atualmente, responsável por percentuais muito expressivos em todo o mundo, de 1,09% do total de mortes na Somália, com a menor taxa, a 31,7% nas Ilhas Fiji, com a maior.

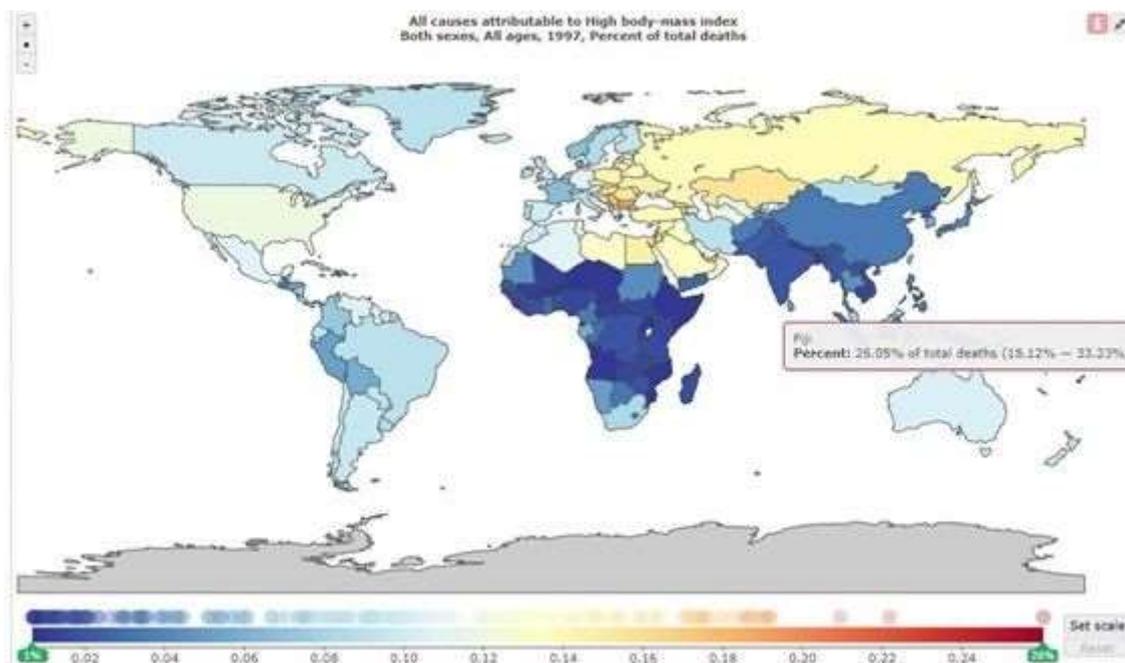
**Figura 1** — Percentual de óbitos atribuídos à obesidade, sobre todas as causas, em ambos os sexos e idades no mundo no ano de 2019



Fonte: Visualizações geradas pela autora a partir dos dados do GBD Compare 2019

Há uma diferença bastante considerável quando estes números são comparados ao ano de 1997, há pouco mais de duas décadas e marco cronológico inicial desta análise, conforme a Figura 2. Naquele ano, Uganda tinha o menor percentual de óbitos por obesidade, enquanto a Somália ocupava a 3ª posição. As Ilhas Fiji já despontavam com o maior percentual de mortes por obesidade, com 26,6%.

**Figura 2** — Percentual de óbitos atribuídos à obesidade, sobre todas as causas, em ambos os sexos e idades no mundo, no ano de 1997



Fonte: Visualizações geradas pela autora a partir dos dados do GBD Compare 2019

Os mapas ilustram o avanço da obesidade como causa de óbito entre os dois períodos, na América Latina.

As tabelas 2 e 3 mostram a comparação dos países com o maior percentual de mortes por obesidade, nos anos de 1997 e de 2019. O número de óbitos em mulheres com o índice de massa corporal (IMC) elevado é maior do que o de homens nos países com os 11 piores percentuais do mundo (Tabela 2). Em 1997, apresentava diferença de 15,5% nos Estados Unidos da América a 62% no Cazaquistão. Cuba e Argentina, dois países da América Latina apareciam na lista, no ano de 1997, na 9ª e 10ª posições, respectivamente, apresentando diferenças entre os sexos de 59,5% e 25,3%. O Brasil aparece na 11ª posição na lista, em 1997 e em 2019, considerando riscos dietéticos<sup>2</sup> e prática de atividade física reduzida (Tabelas 2 e 3).

<sup>2</sup>Riscos dietéticos- Para esta classificação são consideradas as dietas:- Deficientes em frutas, vegetais, legumes, grãos integrais, castanhas e sementes, leite, fibras, cálcio, ômega 3 e gorduras polinsaturadas e - Ricas em carne vermelha, carne processada, bebidas açucaradas, gordura trans e sódio.

**Tabela 2** — Diferença percentual de óbitos entre os sexos, IMC elevado, riscos dietéticos e prática de atividade física reduzida, nos 11 países com piores índices, no ano de 1997

<i>País</i>	<i>IMC elevado (%)</i>			<i>Riscos dietéticos (%)</i>			<i>Prática de atividade física reduzida (%)</i>		
	Masculino	Feminino	<b>Variação</b>	Masc ulino	Femi nino	<b>Variação</b>	Masc ulino	Femi nino	<b>Variação</b>
<i>Ilhas Fiji</i>	23,9	28,9	20,9	22,7	17,6	22,5	1,6	3,7	131,2
<i>Cazaquistão</i>	12,1	19,6	62	24,2	28,8	19	1,2	2,6	116,7
<i>Ucrânia</i>	11,5	17,9	55,7	23,7	30,3	27,8	1,2	1,8	150
<i>Polônia</i>	13,0	15,8	21,5	24	25,1	4,6	1,3	3,2	146,1
<i>Alemanha</i>	10,2	11,8	15,7	19,8	19,5	1,5	1,1	3,4	209,1
<i>Austrália</i>	9,8	11,4	16,3	18,3	18,1	1,1	2,4	4	66,7
<i>EUA</i>	11,0	12,7	15,5	17,7	17,4	1,7	1,6	3,5	118,7
<i>Egito</i>	12,1	17,5	44,6	14,3	13,1	8,4	2,9	3,3	13,8
<i>Cuba</i>	7,4	11,8	59,5	16,5	17	3	2,6	4	53,8
<i>Argentina</i>	8,7	10,9	25,3	16,4	16,3	0,6	0,2	0,3	50
<i>Brasil</i>	7,4	11,4	54,1	10,4	11,6	11,53	1,9	3,7	94,7

Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados do GBD Compare 2019

**Tabela 3** — Diferença percentual de óbitos entre os sexos, IMC elevado, riscos dietéticos e da prática de atividade física reduzida nos 11 países com piores índices, no ano de 2019

País	IMC elevado (%)			Riscos dietéticos (%)			Prática de atividade física reduzida (%)		
	Masculino	Feminino	Variação %	Masculino	Feminino	Variação %	Masculino	Feminino	Variação %
<i>Ilhas Fiji</i>	30,1	33,6	11,6	23,8	19,2	19,3	2,3	5,1	121,7
<i>Ucrânia</i>	14,5	19	31	26,1	30,4	16,5	1,6	2	25
<i>Egito</i>	20,6	26,9	30,6	16,5	15,6	0,5	3,9	4,6	17,9
<i>Cazaquistão</i>	14	19,2	37,1	19,2	22,6	17,7	1,3	2,6	100
<i>Polônia</i>	13	15,3	17,7	19,5	20,4	4,6	1,4	3,2	128,6
<i>México</i>	14,9	19,8	32,9	11,2	11,4	1,8	1,3	2,1	61,5
<i>Indonésia</i>	9,3	12,9	38,7	16,9	15,7	7,1	1,5	1,3	86,7
<i>EUA</i>	13,1	13,6	3,8	15	13,3	11,3	0,8	1,8	125
<i>Alemanha</i>	9,8	12,2	24,5	15,1	13,8	8,6	1,5	2,7	80
<i>China</i>	6,9	7,5	8,7	19,6	18	8,1	1	2	100
<b><i>Brasil</i></b>	<b>11</b>	<b>14,6</b>	<b>32,7</b>	<b>10,6</b>	<b>10,7</b>	<b>0,9</b>	<b>2,6</b>	<b>4</b>	<b>53,8</b>

Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados do GBD Compare 2019

Já em 2019, há mudanças nas posições dos países com as maiores taxas de IMC populacional e o surgimento de outras 3 nações, sendo uma latino-americana- México, Indonésia e China. Contudo, 2 países da América Latina, Cuba e Argentina deixam as 11 primeiras posições, além da Austrália, ocupantes das 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> posições em 1997, respectivamente. As diferenças de prevalência entre os sexos reduziram consideravelmente, ocasionadas principalmente pelo aumento vertiginoso dos percentuais no sexo masculino, conforme pode ser visualizado na tabela 4, nos 8 países que seguiram ocupando as primeiras posições no período. Apenas na Alemanha houve diferença crescente, de 50,3% e os Estados Unidos da América foram os únicos a destoarem com redução da diferença percentual em 307,9%.

**Tabela 4** — Diferença percentual do IMC elevado entre os sexos, no período de 1997 e 2019

País	Ano 1997			Ano 2019			1997-2019		
	Posição	Masculino	Feminino	Variação %	Posição	Masculino		Feminino	Variação %
<b>Ilhas Fiji</b>	1*	23,9	28,9	20,9	1*	30,1	33,6	11,6	-80,2
<b>Ucrânia</b>	3*	11,5	17,9	55,7	2*	14,5	19	31	-79,7
<b>Egito</b>	8*	12,1	17,5	44,6	3*	20,6	26,9	30,6	+45,8
<b>Cazaquistão</b>	4*	14	19,2	37,1	4*	14	19,2	37,1	0
<b>Polónia</b>	5*	13,0	15,8	21,5	5*	13	15,3	17,7	-21,5
<b>EUA</b>	7*	11,0	12,7	15,5	8*	13,1	13,6	3,8	-307,9
<b>Alemanha</b>	6*	9,8	11,4	16,3	9*	9,8	12,2	24,5	50,3
<b>Brasil</b>	11*	7,4	11,4	54,1	11*	11	14,6	32,7	-65,4

Fonte: Tabela elaborada pela autora

Embora os fatores genéticos possam contribuir para a ocorrência da obesidade, estima-se que pequena parcela dos casos possa ser atribuída a eles (WHO, 1998). Destaca-se a importância das condições de vida e do ambiente em que as pessoas vivem cotidianamente, adotando-se aqui um conceito ampliado de ambiente, que envolve os meios político, econômico, social, cultural e físico (SWINBURN *et al.*, 2019). A epidemia de obesidade alerta hoje para problemas estruturais na sociedade.

A doença é consequência de determinantes de diversas naturezas, envolvendo componentes biológicos, sociais, econômicos, culturais, ambientais e comportamentais e é notório que o comportamento alimentar é condicionado não apenas pelas escolhas individuais, mas pelo sistema alimentar no qual o indivíduo está inserido. Dessa forma, governo e sociedade são também responsáveis por favorecer escolhas mais saudáveis (RAUBER e JAIME, 2019). Esse contexto é caracterizado pelas mudanças seculares nos padrões nutricionais, ou seja, modificações na dieta dos indivíduos como o aumento do consumo de alimentos ricos em gordura e pobre em fibras, o aumento da ingestão de doces e bebidas adoçadas, bem como de alimentos ricos em sódio, além de redução de atividade física e adoção de um estilo de vida sedentário (FISBERG *et al.*, 2005).

Do mesmo modo em que os avanços tecnológicos auxiliam a população a se tornar mais saudável, fazem com que também se perca saúde. Não obstante, é tendência humana maximizar ao invés de otimizar qualquer experiência como, por exemplo, os excessos na alimentação e, assim, a humanidade acelera para condições insustentáveis, visto que o

consumo também não se dá de maneira sustentável. Em condições isoladas e economicamente favoráveis, quando a possibilidade de escolha é individual sobre o que e o quanto comer e o quanto e como se exercitar, assim como a prioridade dada às questões de saúde, o problema pode esbarrar na questão comportamental do indivíduo, motivado basicamente por suas escolhas pessoais. Ou seja, o indivíduo diante de suas preferências pode optar por uma dieta calórica e não fazer atividade física (e assim se tornar obeso), pois este estilo de vida maximiza o seu nível de satisfação (EGGER & SWINBURN, 2011; MAZZOCCHI *et al.*, 2009).

O que ocorre com a saúde se dá com o meio ambiente. O acesso é mais amplo e difundido a alimentos processados e altamente energéticos, porém pobres em nutrientes e com elevados níveis de açúcar e gorduras saturadas. Isso, juntamente com os preços relativamente baixos destes alimentos, a atividade física reduzida e o marketing sofisticado, levaram a índices de obesidade em franca ascensão (EGGER & SWINBURN, 2011). Reverter este cenário representa um caminho para a construção de uma sociedade sustentável e este passa a ser um desafio para governos, empresas e sociedade para que atuem juntos no planejamento e na aplicação de políticas públicas de ação direta ao problema.

## 5.2 DESCREVENDO A OBESIDADE EM “4CS”

Como doença, a obesidade foi reconhecida no ano de 1948, tendo sido integrada pela *World Health Organization* (WHO) na *Internacional Classification of Diseases* (ICD) (JAMES, 2008). No entanto, para definir a obesidade é preciso recorrer a contributos dados ao longo do tempo por alguns autores. Considera-se obesidade, internacionalmente, quando, em homens, há mais do que 20% de gordura em sua composição corporal e, em mulheres, mais do que 30% (SEGAL & FANDIÑO, 2002).

Para Amatruda (2001) e Villares (2002), a obesidade é definida como uma desordem metabólica crônica caracterizada principalmente pelo excesso de gordura corporal. Esses autores a consideram uma doença de susceptibilidade genética com forte influência ambiental, em que diversos mecanismos metabólicos estão alterados, favorecendo desta forma um balanço energético positivo e o ganho de peso. De acordo com o *Internacional Obesity Task Force* (IOTF 2014) é uma condição bastante complexa

de dimensões sociais, biológicas e psicossociais consideráveis, tendo sido considerada a epidemia do século XX.

Neste contexto, é relevante ressaltar que a obesidade é uma doença crônica, metabólica e de etiologia diversa, associada à perda da qualidade de vida e redução da expectativa de vida (ARAÚJO *et al.*, 2009; WYATT, 2013). Uma definição simples e ainda sustentada foi formulada pela WHO (1998), que define a obesidade e o excesso de peso como a acumulação anormal ou excessiva de gordura corporal que pode ser prejudicial à saúde humana.

Para avaliar e classificar o excesso de peso e a obesidade, a prática clínica utiliza o Índice de Massa Corporal (IMC)<sup>3</sup>, descrito em 1869 por Quetelet que em suas pesquisas, observou que após o fim do crescimento, ou seja, na vida adulta, o peso de indivíduos de tamanho considerado “dentro da normalidade” era proporcional ao quadrado da sua estatura. Assim, o IMC é calculado pelo peso em quilogramas do indivíduo dividido pela sua altura elevada ao quadrado (Kg/h<sup>2</sup>). O termo Índice de Massa Corporal demonstrando a influência da dieta na saúde foi publicado apenas em 1972 no *Journal of Chronic Diseases* por Ancel Keys (KEYS *et al.*, 1972)

A antropometria é amplamente utilizada em estudos de base populacional por ser uma técnica acessível e de baixo custo. O conhecimento da evolução do estado nutricional, além de permitir a avaliação do perfil de saúde, direciona a elaboração e a implementação de programas e políticas públicas (GHIOULEAS, 2011). O IMC constitui uma indicação básica da relação entre o peso e a altura, sendo empregado para identificar excesso de peso e a obesidade em adultos, tanto a nível individual como populacional (CARMICHAEL, 1999; GUILLAUME, 1999; KUCZMARSKI, 2000; WHO, 2009). A WHO (2014) define uma pessoa com IMC igual ou superior a 25 com “sobrepeso” e outra com IMC igual ou superior a 30 com “obesidade”, classificando a obesidade em função do IMC e do risco de comorbidades associadas em três classes: a obesidade classe I que é também chamada de obesidade moderada, a obesidade classe II ou grave e a obesidade classe III ou severa/ mórbida (Quadro 01). Já a Federação Internacional de Cirurgia da Obesidade (IFSO), divide a doença em seis níveis: Obesidade pequena/leve, obesidade

---

<sup>3</sup>O índice de massa corporal (IMC) foi durante muito tempo utilizado como um instrumento da ciência atuarial, em que as seguradoras de saúde utilizavam o cálculo para avaliar os riscos para a saúde dos segurados e determinar as taxas que pagariam. Ainda, é importante ressaltar que O IMC inicialmente foi gerado a partir de uma população urbana norte-americana, branca, masculina.

moderada, obesidade grave, obesidade severa (ou mórbida), superobesidade e super-superobesidade de acordo com as tabelas abaixo (Tabelas 05 e 06).

**Tabela 5** — Classificação internacional da Obesidade segundo o IMC e o risco de comorbidade (WHO)

<b>Classificação da Obesidade</b>	<b>IMC</b>	<b>Risco de Comorbidade</b>
<b>Baixo Peso</b>	< 18,5	Normal ou elevado
<b>Peso normal</b>	18,5 – 24,9	Normal
<b>Pré obeso</b>	25-29,9	Pouco elevado
<b>Obesidade Classe I</b>	30 – 34,9	Elevado
<b>Obesidade Classe II</b>	35 – 39,9	Muito elevado
<b>Obesidade Classe III</b>	40– 49,9	Muitíssimo elevado

Fonte: WHO, 2014

**Tabela 6** — Classificação da Obesidade segundo a Federação Internacional de Cirurgia de Obesidade (IFSO) baseada no IMC

<b>Classificação da Obesidade</b>	<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>
<b>Obesidade Pequena/ Leve</b>	27 - 30
<b>Obesidade moderada</b>	30 - 35
<b>Obesidade grave</b>	35 - 40
<b>Obesidade severa (mórbida)</b>	40 -50
<b>Superobesidade</b>	50 - 60
<b>Super-superobesidade</b>	>60

Fonte: IFSO, 2015

A obesidade classe III ou severa, conforme as classificações vistas, é uma doença causada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, produzida por diversos fatores, estando associada a doenças graves, reduzindo a perspectiva de vida, aumentando a morbidade e mortalidade dos portadores deste tipo de obesidade. Estudos demonstram que esta última aumenta muito quando um indivíduo apresenta 50% de peso acima do chamado saudável. (MARCHESINI, J.C.D e FREITAS, A. C. T., 2003; SILVA e KAWAHARA, 2005). O IMC  $\geq 40$  por si só caracteriza este tipo de obesidade e, é o ponto de corte para indicação do tratamento cirúrgico da obesidade através da cirurgia bariátrica. Desta forma, pacientes com um IMC  $\geq 40$  têm indicação para cirurgia, assim como aqueles com IMC  $\geq 35$  e comorbidades comuns associadas à obesidade, como diabetes mellitus tipo II, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, artropatias, distúrbios do sono, entre outras.

A composição corporal de um indivíduo é dividida basicamente em água (cerca de 70%), órgãos, massa gorda (composta pelo tecido adiposo) e massa magra (constituída por músculos e ossos) (MAHAM & ESCOTT-STUMP, 1998). A avaliação da composição corporal é fundamental para categorização, diagnóstico e para orientação do tratamento adequado para o sobrepeso e a obesidade. Esta classificação é feita de acordo com a região de deposição de gordura e está diretamente associada a perfis de risco a determinadas doenças, sendo dividida em generalizada (ou difusa), quando a gordura se acumula de maneira difusa tanto embaixo da pele como em volta dos órgãos internos (gordura visceral) e localizada. O médico francês Jean Vague foi o primeiro a distinguir e classificar assim a obesidade localizada em dois tipos, androide<sup>4</sup> e ginecoide<sup>5</sup>, de acordo com a distribuição da gordura e propôs, de forma pioneira em 1947, que pacientes com obesidade no segmento superior do corpo apresentariam maior risco de doenças metabólicas, enquanto indivíduos com obesidade na parte inferior do corpo teriam risco menor dessas alterações.

Vague afirmava na década de 1940 que a distribuição de gordura do tipo andróide, estava associada à maioria das complicações da obesidade, como diabetes mellitus e arteriosclerose e que a ginecoide era "benigna". Hoje sabe-se que o tipo

---

<sup>4</sup>Na obesidade androide, também chamada de masculina ou Troncular ou Centrípeta, o indivíduo é acometido pelo acúmulo de gordura principalmente na parte superior do corpo, na região abdominal (parte inferior do tronco) sobretudo na região intra-abdominal (gorduras visceral) e subcutânea. A forma corporal se assemelha a uma pera.

<sup>5</sup>Na obesidade ginecoide, também chamada de feminina, o indivíduo é acometido pelo acúmulo de gordura principalmente na parte inferior do corpo, na região glúteo-femural que compõe o quadril, as nádegas e as coxas. A forma corporal se assemelha a uma maçã (EDWARDS, 1993; CZEPIELEWSKI, 2019).

androide, quando comparada ao ginecoide caracteriza reconhecidamente mais riscos associados à morbidade-mortalidade, principalmente por causas cardiometabólicas (risco cardiometabólico ou RCM) do que a obesidade da parte inferior do corpo ou o próprio grau de obesidade em si, visto que as células nos diferentes tipos possuem funções bioquímicas diferentes (BÖRNTORP, 1991; DÂMASO, 2003). Dessa maneira, é de extrema importância a avaliação clínica rigorosa e aferimento das medidas antropométricas, como a altura, peso, IMC, além das circunferências de cintura (CC) e de quadril (CQ) (SOUZA *et al.*, 2015).

A medida da circunferência da cintura (CC) ou a relação circunferência cintura-quadril (RCQ) são também técnicas apropriadas recomendadas pela World Health Organization (WHO) mundialmente utilizadas para classificar os riscos da obesidade, sendo a CC ainda mais utilizada e considerada por diversos autores como a mais apropriada. Diversos pontos de corte para a CC já foram propostos. Atualmente, os mais utilizados são os do *National Centers for Environmental Prediction – Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATPIII), que definem maior risco de desenvolvimento de alterações metabólicas se a cintura for maior do que 102 cm no homem e maior ou igual a 88 cm na mulher sem considerar diferenças entre povos e etnias e o critério da *International Diabetes Federation* (IDF), por etnias, estabelecido em 2005. A classificação da IDF ainda relaciona 4 (quatro) critérios adjacentes à obesidade visceral cuja incidência significa aumento proporcional aos riscos (Tabela 7).

A obesidade é o maior fator de risco para a hipertensão arterial, principalmente a obesidade visceral. O aumento progressivo na prevalência de hipertensão em consonância ao IMC é adicionalmente incrementado na presença da obesidade abdominal. A análise dos indicadores antropométricos de CC e RQC, associando-se à incidência de hipertensão ao consumo de bebidas alcoólicas e a pressão arterial na linha de base, indiferente à idade, leva ao aumento de uma unidade nos indicadores e remete à previsão de 2% a 8% de novos casos de hipertensão (FUCHS *et al.* 2006).

**Tabela 7** — Medida de obesidade visceral por etnias como critério diagnóstico obrigatório de síndrome metabólica em homens e mulheres e critérios adjacentes segundo a Federação Internacional de Diabetes (IDF)

<b>CRITÉRIO OBRIGATÓRIO</b> Obesidade visceral (circunferência abdominal): medidas de circunferência abdominal conforme a etnia (cm) para Homens (H) e Mulheres (M)	<b>+ DE 2 DOS 4 CRITÉRIOS</b>
Europeus: ≥ 94 cm (H); ≥ 80 cm (M)	PAs ≥130 ou PAd ≥85mmHg ou tratamento**
Japoneses: ≥90 cm (H); ≥85 cm (M)	Triglicérides ≥150mg/dl ou tratamento
Sul-asiáticos e Chineses: ≥90 cm (H); ≥80 cm (M)	HDL <40mg/dl (H); <50mg/dl (M)
Sul-africanos, Mediterrâneo Ocidental e Oriente Médio*: idem a europeus	Glicemia de jejum ≥100 mg/dl ou diagnóstico prévio de diabetes (Se glicemia >99 mg/dl, o teste de tolerância à glicose é recomendado, mas não necessário para diagnóstico da síndrome metabólica).
América Central e Sul-americanos*: idem sul- asiáticos.	

Fonte: IFSO, 2015 \*Utilizam-se as medidas de povos com padrões mais semelhantes enquanto não há referências específicas \*\*PAs: Pressão Arterial sistólica e PAd: Pressão Arterial diastólica

Não obstante, ao final da segunda década do século XXI, a tendência que parecia se direcionar à consolidação das DCNTs como prioridade inquestionável aos sistemas de saúde no mundo, foi interrompida com a maior pandemia dos últimos 100 anos no planeta, ocasionada por uma nova variante do vírus corona, o SARS-CoV-2, do inglês *Severe Acute Respiratory Syndrom-Coronavírus-2* ou, em português, Síndrome Respiratória Aguda Grave, causadora da potencialmente letal doença COVID-19. A COVID-19, com 253.442.315 casos, até 15 de novembro de 2021, foi responsável por mais 5 milhões de mortes de pessoas no planeta. O Brasil com 611.000 mortes, nessa data, só perdia para os EUA, com mais de 700.000, o líder nesse ranking (JJHBSPH, November 16, 2021). Universidades e Centros de Pesquisa em todo mundo se voltaram ao estudo, sobre todos os aspectos - de prevenção, controle e tratamento- às consequências da COVID-19 ao organismo humano e aos potenciais fatores de risco da doença no mundo.

Como já mencionado, na introdução desta tese, os primeiros estudos de 2020, poucos meses após o primeiro caso, já comprovavam risco mais elevado para pessoas com mais 60 anos e que apresentam como comorbidade(s) doença cardíaca, diabetes mellitus, hipertensão e obesidade. Em todos estes estudos, há clara comprovação de pior prognóstico, maior mortalidade e severidade da COVID-19 naqueles pacientes que apresentam qualquer uma destas condições, mas, principalmente, a obesidade, que também é fator de risco às demais (LIGHTER *et al*, 2020).

O custo elevado da obesidade e as suas comorbidades, para o obeso e aos sistemas de saúde, foram agravados pelo reflexo da pandemia do coronavírus.

No final do século XX, Kortt *et al* (1999) concluíram que um aumento de 5kg a 10kg na massa corpórea de um adulto, desencadeava um acréscimo de até US\$1,5 bilhão aos sistemas de saúde para tratamento do diabetes mellitus, e que este valor poderia chegar próximo dos para US\$ 7 bilhões se a elevação do peso corporal fosse superior a 20kg, independentemente da massa inicial, considerando uma média em nível mundial. Runge (2007), já no início da 1ª década do século XXI, afirmava que os números superavam a quantia de US\$ 65 bilhões dispendidos ao tratamento da doença e de suas comorbidades somente na América Latina.

O mais recente estudo publicado pela *World Obesity Federation* (WOF), em novembro de 2021, estima o impacto econômico do sobrepeso e da obesidade em 8 países, entre eles o Brasil e o México, da América Latina. O estudo incluiu 28 doenças relacionadas à obesidade do *Estudo Global Burden of Disease* (GBD) 2019 com evidências de vínculos de risco de obesidade. Os custos totais (diretos e indiretos) da obesidade per capita variaram de US\$ 17 na Índia a US\$ 940 na Austrália, sendo de US\$ 189 no Brasil. Esses custos econômicos são comparáveis a 1,8% do produto interno bruto (PIB) em média nos oito países, variando de 0,8% do PIB (Índia) a 2,4% (Arábia Saudita). Na análise realizada, o impacto no Brasil é de cerca de 39 bilhões de dólares, o equivalente a 2,1% do PIB. A perspectiva é de que em 2060, se não houver mudanças significativas no *status quo*, os impactos econômicos da obesidade devem crescer para 3,6% do PIB em média, variando de 2,4% do PIB (Espanha) a 4,9% do PIB (Tailândia), com o Brasil onerando altíssimos 4,5%. Reduzir a prevalência da obesidade em 5% dos níveis projetados ou mantê-la nos níveis de 2019 se traduzirá em uma redução média anual de 5,2% e 13,2% nos custos econômicos, respectivamente, entre 2020 e 2060 nos oito países. O estudo conclui assim que os impactos econômicos da obesidade são

substanciais e atingem uma magnitude semelhante em países de baixa e média renda e em contextos de alta renda (BMJ Global Health, 2021).

Em 2011, Lessa (2013) estimou que o custo financeiro direto da obesidade no Brasil, considerando apenas ao Sistema Único de Saúde SUS, em quase US\$ 0,3 bilhão. Bahia *et al* (2012) havia estimado que os custos totais apenas no triênio 2009-2011, com todas as doenças relacionadas ao excesso de peso e à obesidade, foram de US\$ 2,1 bilhões. No Chile, em 2013, o custo do sobrepeso e da obesidade foi estimado em US\$ 1 bilhão, o que representava 5% do gasto total anual com saúde. Este custo bilionário é impulsionado principalmente por comorbidades associadas à obesidade, especialmente a diabetes tipo 2, para a qual a obesidade é um importantíssimo fator de risco. No mesmo ano, o Chile gastou 10,2% de seu orçamento de saúde com diabetes, o que representava uma média de US\$ 1.427 por pessoa com a doença por ano (IDF, 2014).

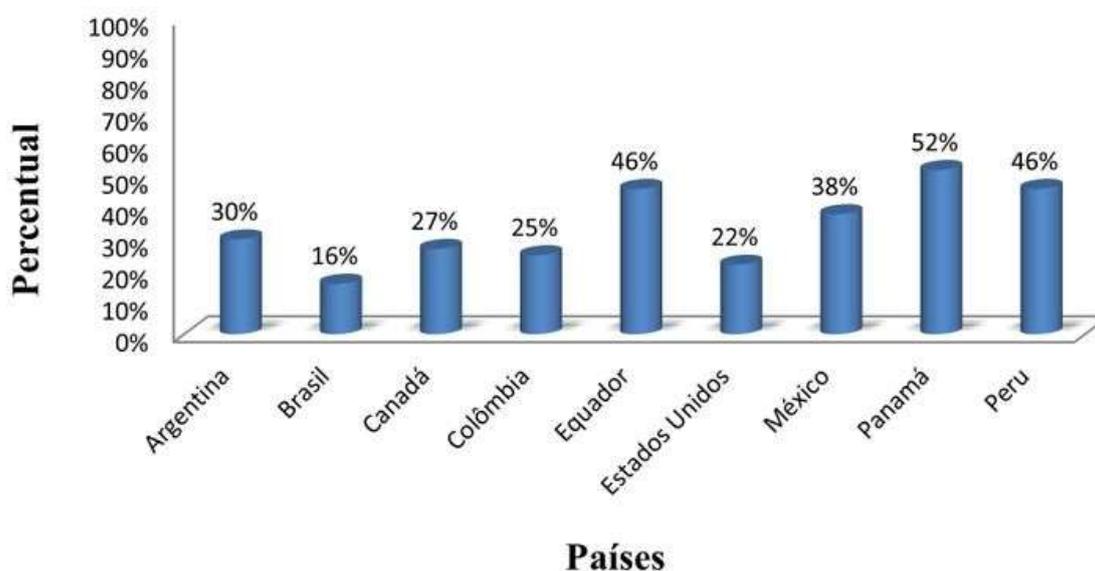
Nilson *et al* (2018) realizaram uma estimativa de custos atribuíveis a partir dos riscos relativos e das prevalências de obesidade, hipertensão e diabetes no Brasil considerando os custos para o SUS (hospitalizações, atendimentos ambulatoriais e medicamentos distribuídos). Estimaram que os custos totais das três doenças crônicas no SUS alcançaram cerca de US\$ 890 milhões. Desses custos, isoladamente, cerca de 59% foram referentes ao tratamento da hipertensão, 30% ao do diabetes e 11% ao da obesidade. Contudo, considerando separadamente a obesidade como fator de risco para hipertensão e diabetes, os custos atribuíveis a essa doença chegaram a R\$ 1,42 bilhão, ou seja, 41% dos custos totais. No total, 72% dos custos foram com indivíduos de 30 a 69 anos de idade e 56%, com mulheres.

No tocante direto à obesidade, a auto percepção do peso corporal é um outro enfoque importante a ser analisado. A distorção perante a realidade é mais prevalente na cultura ocidental e nas culturas cada vez mais industrializadas, sendo muito mais comum no sexo feminino do que entre o masculino, o que espelha diferenças transculturais no “culto à magreza” a que as mulheres são submetidas. A percepção do sexo masculino de peso corporal geralmente demonstra uma proximidade maior com o IMC, em comparação ao feminino, contudo importante e bastante relevante percentual entre os homens com sobrepeso subestimem o seu peso corporal (FALLON, 1985; NUNES, 2001).

A Pesquisa "Percepção e Realidade– Um estudo sobre a obesidade nas Américas”, realizada entre os meses de agosto e setembro de 2014, organizada pela WIN Américas

em 2014 com 10.786 entrevistados em 9 (nove) países<sup>6</sup> do continente americano, sendo eles Argentina, Brasil, Canadá, Colômbia, Equador, Estados Unidos, México, Panamá e Peru trouxe dados alarmantes sobre a percepção da população obesa sobre a sua própria condição. Cerca de 70% avalia sua saúde como positiva, sendo 57% como saudável e 12% como muito saudável. Mas, levado em consideração o Índice de Massa Corporal (IMC) desses entrevistados, o que se constata é muito diferente, fazendo com que haja uma contradição entre a auto avaliação dos participantes da pesquisa e as estimativas da Organização Mundial de Saúde. De acordo com o IMC, 42% dos entrevistados com sobrepeso dizem que não estão acima do peso. Entre eles, 73% não fazem nenhum tipo de dieta e mais da metade (58%) nunca procurou um médico para falar do assunto. O gráfico abaixo (gráfico 1) demonstra o número de pessoas acima do peso que se autodeclararam de modo contrário.

**Gráfico 1** — Percentual de pessoas acima do peso que declararam não estar com sobrepeso



Fonte: Elaborado a partir de dados da WIN 2014. Base- Pessoas com sobrepeso de acordo com o IMC de cada país.

As mulheres apresentaram uma percepção mais crítica de sua saúde em geral do que os homens, segundo o Estudo. Na Pesquisa, 67% delas se consideram saudáveis, enquanto que no sexo masculino o percentual sobe para 72%. Porém, uma discrepância

<sup>6</sup>Os sete países da América Latina que fazem parte da pesquisa representam mais de 70% da população da região.

entre mulheres e homens é encontrada quanto ao reconhecimento e enfrentamento ao sobrepeso. No sexo feminino, 46% disseram estar com sobrepeso, mas o cálculo do IMC indica que, na realidade, são 43% que estão acima do peso. Já no sexo masculino, enquanto 40% dos homens declararam estarem acima do peso, o cálculo de IMC dos participantes demonstrou que 52% tinham sobrepeso (WIN, 2014).

Segundo o estudo, apesar de 75% dos cidadãos das Américas desejarem mudar a alimentação, apenas 19% conseguem fazer essas alterações com sucesso. Os americanos e canadenses aparecem na sequência, com 77% e 76%, respectivamente. Os mexicanos são os que se mostram mais resistentes, com 50% dos participantes não demonstrando interesse em melhorar a alimentação e os brasileiros são os mais pré-dispostos a mudanças nos hábitos alimentares, com 89% dos entrevistados demonstrando interesse em melhorar o modo de se alimentar (WIN, 2014).

Quanto à prática de exercícios físicos, o estudo compara que enquanto no Canadá e nos Estados Unidos, cerca de 68% da população afirma se exercitar duas ou mais vezes por semana e que apenas 14% não pratica nenhuma atividade, entre os países da América Latina o percentual dos que afirmam se exercitarem é de 41% e 31% os que dizem não fazerem qualquer atividade.

## 6 MAGNITUDE, POLÍTICAS PÚBLICAS E CONTEXTO HISTÓRICO DAS ESTRATÉGIAS GOVERNAMENTAIS NACIONAIS DE BASE À PREVENÇÃO E CONTROLE DA OBESIDADE NA AMÉRICA LATINA

### 6.1 PERFIL E MAGNITUDE DA OBESIDADE NA AMÉRICA LATINA

Mapa 1 — Mapa Político da América Latina



Fonte: GeoBau

A América Latina é a região meridional do continente americano, habitada por cerca de 586 milhões de pessoas, na divisão com a América Anglo-saxônica, esta formada pelos Estados Unidos e Canadá. Composta por 20 países, sua área total é de 21.060.501 km<sup>2</sup>, o que resulta em uma densidade demográfica de 27,8 habitantes por km<sup>2</sup>. A regionalização se dá historicamente, devido a região ter sido, maioritariamente, dominada pelos impérios coloniais espanhóis e portugueses e às características culturais dos seus países, que têm como língua oficial idiomas que derivam do latim, como

português, espanhol e francês. Por essa razão, o México também está incluído nessa divisão (COLBURN, 2002).

São países da América Latina: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela. A região está localizada na zona intertropical, onde o predomínio é de climas quentes, com exceção do extremo sul (compreendido por Argentina e Chile) e da área montanhosa composta pela Cordilheira dos Andes (RIBEIRO, 2017). É a região mais urbanizada e desigual do planeta, onde quase 8 de cada 10 habitantes vive em cidades, proporção que supera o grupo de países desenvolvidos em urbanização. O Cone Sul, em que o Brasil se encontra, é a região onde há a maior proporção da população vivendo em cidades, com uma taxa de habitação urbana de 85%, seguido pelos países andinos, como o Chile. A proporção de pessoas vivendo em cidades passou de 36% em 1950 para mais de 87%. Projeta-se que em 2050, essa proporção chegará a 92,4% (ONU, 2019).

O relatório, intitulado "O estado das cidades da América Latina e Caribe" (ONU, 2012) destaca que economicamente, a região é considerada desde os anos 1970 a região de maior desigualdade social do mundo, onde 20% da população mais rica têm em média uma renda per capita quase 20 vezes superior à renda dos 20% mais pobres. As 40 principais cidades da América Latina produziram anualmente um PIB de mais de 842 bilhões de dólares e são verdadeiros motores da economia regional. Segundo a ONU, apesar dos progressos constatados nos últimos 10 anos, ainda quase 130 milhões de pessoas viviam em condição de pobreza nas cidades, sendo mais de um quarto, 111 milhões de pessoas, vivendo em favelas e mais da metade delas no Brasil (37 milhões) e no México (25 milhões). O número de cidades na região aumentou seis vezes em 50 anos. Metade da população urbana, cerca de 222 milhões de pessoas, vive em cidades com menos de 500 mil habitantes e 14%, ou 65 milhões de pessoas, vivem em megacidades, sendo notória a expansão física das cidades, apesar da tendência reducional demográfica de modo nada sustentável.

Diversos estudos recentes da Organização Mundial da Saúde mostram a continuidade crescente dos índices de obesidade na América Latina, em especial nas zonas urbanas, onde a tendência ao consumo de alimentos processados é maior em comparação com a ingestão de grãos, frutas e verduras. No passado, a maioria dos povos indígenas da América Latina alterou a sua dieta e padrões de atividades físicas para se adaptar a um modelo de país industrializado. Hoje, a maior parte da dieta é focada em

alimentos ricos em gorduras, pouco nutritivos e muito calóricos, consumida por uma população majoritariamente sedentária, fisicamente inativa. Por causa de tais circunstâncias é que se desenvolvem altas taxas de obesidade e de comorbidades como a resistência à insulina a diabetes mellitus tipo 2.

Segundo o Relatório Panorama da Segurança Alimentar e Nutricional na América Latina e Caribe 2019 da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) (FAO e OPAS, 2019), 58% da população latino-americana e caribenha está com sobrepeso (ou mais de 360 milhões de pessoas). Já a obesidade afeta quase 25% da população regional (ou 150 milhões), sendo 28% das mulheres atingidas e 20% nos homens. Segundo a Federação Latino-Americana de Sociedades de Obesidade (FLASO, 2017), Bolívia, México e Guatemala estão no limite superior, cada um com uma prevalência acima de 30%. Já o Equador teve a menor prevalência de obesidade, com 14,2% embora relatórios recentes indiquem níveis mais elevados neste país, semelhantes aos dos países vizinhos. Se comparados aos dados ao Relatório Panorama da Segurança Alimentar e Nutricional na América Latina e Caribe 2016, constata-se que o problema apenas aumenta e se agrava na região, conforme demonstra a tabela 8. Segundo o documento, com base em dados da Organização Mundial de Saúde, o sobrepeso em adultos passou de 51,1% em 2010, para 54,1% em 2014. A tendência de aumento também foi registrada na avaliação nacional da obesidade. Em 2010, 17,8% da população era obesa; em 2014, o índice chegou aos 20%, sendo a maior prevalência entre as mulheres, 22,7%. Outro dado apontado pelo relatório foi o aumento do sobrepeso infantil. Estima-se que 7,3% das crianças menores de cinco anos estão acima do peso, sendo as meninas as mais afetadas, 7,7%.

**Tabela 8** — Prevalência de sobrepeso e obesidade no mundo e na América Latina em percentual, por sexo e idade- anos distintos (2016 e 2018)

<i>Sobrepeso e obesidade</i>	<i>Sexo</i>	<i>Ano</i>	<i>Mundo (%)</i>	<i>América Latina (%)</i>	<i>Diferença (%)</i>
<i>Sobrepeso em crianças menores de 5 anos</i>	Ambos	2018	5,9	7,5	27,1
<i>Sobrepeso em adultos (maiores de 18 anos)</i>	Feminino	2016	39,7	59,9	50,9
	Masculino		38,5	58,9	53,0
<i>Obesidade em adultos (maiores de 18 anos)</i>	Feminino		15,1	27,9	84,8
	Masculino		11,1	20,2	82,0

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da FAO 2019; UNICEF, OMS e Banco Mundial, 2019.

Já a tabela 9 traz a prevalência de sobrepeso e obesidade por países da América Latina, apresentada na Declaração de Recife (2015).

**Tabela 9** — Relatório do Monitor Euros, OMS e Pesquisas Nacionais da prevalência do sobrepeso e da obesidade em 19 países da América Latina e Caribe em 2014

<i>País</i>	<i>Obesidade</i>	<i>Sobrepeso</i>	<i>Total da população</i>
	<i>(%)</i>	<i>(%)</i>	<i>(%)</i>
<i>Argentina</i>	19,2	32,6	51,8
<i>Bolívia</i>	32,2	37,6	69,8
<b>BRASIL</b>	20,9	32,7	53,6
<i>Costa Rica</i>	26,2	38,5	64,2
<i>Colômbia</i>	25,3	38,8	64,1
<i>Chile</i>	27,1	38,4	65,5
<i>Cuba</i>	15,0	29,8	44,8
<i>Equador</i>	14,2	36,7	50,9
<i>El Salvador</i>	23	37	60
<i>Guatemala</i>	21	54	75
<i>Honduras</i>	19,2	57,4	76,6
<i>México</i>	32,2	36,9	69,1
<i>Nicarágua</i>	28,3	36,5	64,8
<i>Panamá</i>	25	36,5	61,5
<i>Paraguai</i>	22	35	57
<i>Peru</i>	17,5	34,7	52,2
<i>República Dominicana</i>	27,1	37,5	64,6
<i>Uruguai</i>	27,6	37,2	64,8
<i>Venezuela</i>	26,3	34	60,3

Fonte: Consenso Latino Americano de Obesidade 2017- Livro 2 (adaptado)

Em relação aos maiores percentuais por país, segundo a FAO e OPAS (2019), Bahamas é o país com o maior percentual da população acima do peso com 69% atingida, seguido do México com 64% e do Chile com 63%. Em apenas 3 países, o sobrepeso não chega a atingir a marca de 50% da população: Haiti, com 38,5% dos habitantes acima do peso, Paraguai, com 48,5% e Nicarágua com 49,4%. Os maiores percentuais populacionais de obesidade são encontrados nos países do Caribe: Bahamas (36,2%) Barbados (31,3%), Trinidad e Tobago (31,1%) e Antígua e Barbuda (30,9%).

Em todos os países da região, o sobrepeso em mulheres é maior do que em homens e, em 19 deles, a diferença ultrapassa 10 pontos percentuais. O custo econômico e social da múltipla carga da má nutrição, especialmente do sobrepeso e obesidade, está aumentando na região. Atualmente, 75% das mortes causadas por doenças não-transmissíveis são associadas a dietas não-saudáveis na América Latina (FAO, 2021).

A obesidade é, nitidamente, um indicador de desigualdade social e econômica e esta associação da doença com o nível socioeconômico e outros fatores como sexo, idade e etnia é complexa e dinâmica. O consumo alimentar e a atividade física, duas das principais causas determinantes se um indivíduo terá ou não excesso de peso, são diretamente influenciados também pela renda e escolaridade. Considerando o nível socioeconômico, diversos estudos têm mostrado uma tendência ascendente das diferenças sociais na obesidade, principalmente em mulheres. Tal fenômeno, de grande importância para a epidemiologia e a saúde pública, escancara um complexo problema de desigualdade social, em que se mesclam fatores sociais e biológicos, e em que a desvantagem de pertencer a um grupo de baixo nível socioeconômico e ser mulher tem consequências muito importantes para a saúde (PEÑA e BACALLAO, 2006; PEDRAZA, 2009).

As características do ambiente têm grande relevância no desenvolvimento da obesidade, uma vez que podem influenciar hábitos de vida saudáveis ou não e são fundamentais para explicar todas as formas de desnutrição que afetam a América Latina. Por exemplo, a elevada desigualdade social e econômica na região se reflete nas mazelas sofridas por grupos populacionais em situação de vulnerabilidade como crianças, mulheres e grupos étnicos, para acessar física e economicamente uma alimentação saudável. Hoje vive-se a chamada dupla carga da má nutrição, caracterizada pela coexistência de subnutrição e obesidade em uma mesma população (FAO, 2019; BRASIL, 2020).

Os ambientes alimentares mudaram em um ritmo acelerado. Atualmente, a América Latina é uma região eminentemente urbana, na qual as mulheres desfrutam de uma participação cada vez maior no mercado de trabalho. Porém, em muitos casos, existe uma falta de corresponsabilidade entre homens e mulheres no trabalho doméstico e não remunerado, influenciando os ambientes alimentares. Da mesma forma, grandes indústrias de processamento de alimentos e supermercados adquiriram um papel de liderança na forma como os produtos alimentares são produzidos, vendidos, anunciados e rotulados. Esses fatores, somados ao aumento do consumo de produtos fora de casa e

nas bancas informais de rua – que muitas vezes apresentam deficiências na qualidade e segurança dos alimentos - mostram a importância de compreender e melhorar os ambientes alimentares com o objetivo de proporcionar dietas saudáveis, com alimentos produzidos de forma sustentável e para todos (FAO, 2019).

Alguns países da América Latina, como o Chile, inovaram, na última década, em questões regulatórias e de políticas públicas. Até recentemente, a região era reconhecida como uma das mais avançadas por suas iniciativas em prol da geração de melhores ambientes alimentares ao difundir programas de proteção social, como os de alimentação escolar e de transferências de dinheiro para as famílias, para que todas as pessoas, especialmente crianças e adolescentes, tenham melhor acesso e informação para adquirir alimentos nutritivos, seguros e de qualidade (FAO, 2019).

Ainda são poucos os estudos de relevância que associam diretamente o status socioeconômico com a obesidade, dada a influência dos determinantes sobre os indivíduos. No Brasil, analisando dados das duas regiões mais populosas no último quarto do século XX, Monteiro *et al.* (2003) observaram uma alteração bastante considerável na tendência secular da obesidade, segundo os níveis de escolaridade da população, a partir de três inquéritos nacionais. Enquanto no primeiro período (1975-1989), a prevalência de obesidade foi crescente em todos os níveis de escolaridade, tendendo a ascensão a ser máxima para indivíduos (homens e mulheres) com maior nível de escolaridade, no segundo período (1989-1997), o aumento da obesidade foi máximo para indivíduos sem escolaridade, registrando-se estabilidade ou mesmo diminuição nos estratos femininos de médio ou alto nível de escolaridade. Os autores apontam como principais razões para tal comportamento, o maior conhecimento a respeito das consequências da obesidade e das maneiras de prevenção que teriam os indivíduos com maior escolaridade e também o fato de serem maiores as pressões sociais e familiares sobre esses, no sentido de manter uma imagem corporal, consistente com os valores estéticos atualmente dominantes nas sociedades desenvolvidas.

Santos e Rabinovich (2019), através de um estudo sobre a obesidade feminina e o nível socioeconômico da vizinhança no Chile, evidenciaram a relação do excesso de peso com a distribuição geoespacial de pontos de venda de alimentos (como supermercados e armazéns), localizados em setores censitários urbanos. Demonstraram que a obesidade no país afeta desproporcionalmente mulheres com baixo nível educacional e que habitar um bairro pobre aumenta o risco de obesidade nas mulheres, relacionado ao acesso físico a pontos de venda, principalmente supermercados e lojas.

Em relação à associação entre status socioeconômico e obesidade nos países em desenvolvimento, Monteiro *et al.* (2004) evidenciaram que nos países mais subdesenvolvidos, um baixo status socioeconômico poderia atuar como proteção à obesidade, possivelmente dado o alto gasto energético associado a um baixo poder de consumo de energia. Contudo, em países menos subdesenvolvidos, a obesidade se mostrou presente entre os grupos de menor status socioeconômico, indicando acesso a alimentos energéticos e uma associação nas populações carentes desses países ao acesso limitado a alimentos saudáveis, devido a seu alto custo. Segundo os autores, os mais pobres apresentariam um padrão de gasto energético corporal elevado associado à ocupação e à locomoção, que os impediria de ficar obesos.

Já Martorell *et al.* (2000) identificaram, a partir da análise de diversos de estudos realizados na década de 1990, em amostras na população feminina, em idade reprodutiva, de diversos países da África, Ásia, América Latina e Caribe, que a associação entre nível socioeconômico, medido pela escolaridade e obesidade, se mostrava sempre positiva nos países africanos e asiáticos, enquanto que nos países latino-americanos e caribenhos a associação mostrava-se completamente variável sendo ora positiva, ora inexistente e ora negativa. O estudo identificou relação entre o padrão de associação de escolaridade e obesidade e o nível de desenvolvimento econômico dos países, sendo que quanto maior o PIB *per capita* do país mais a associação entre escolaridade e obesidade tendia a mudar de positiva para negativa.

Na infância, o sobrepeso e a obesidade afetam 2,6 milhões de crianças com menos de 5 anos de idade na região e continua a crescer do modo contínuo desde a década de 1990. Atualmente, um importante indicativo de má nutrição em crianças com menos de 5 anos é o excesso de peso, que está na outra extremidade da distribuição de peso para altura (de excesso). Ao contrário do que aconteceu com o definhamento e o nanismo, o sobrepeso apresentou tendência de crescimento nas últimas três décadas, com prevalência que aumentou de 6,2% em 1990 para 7,5% em 2019, representando em números absolutos, atualmente, 3,9 milhões de crianças com sobrepeso e um aumento de 400.000 casos no período. A média mundial é de 5,9% tendo a qualidade das dietas relação direta a estes números (FAO, 2020).

Nos últimos trinta anos, a prevalência de sobrepeso infantil (menor de 5 anos) na América Central aumentou de 5,3% em 1990 para, praticamente, 7% em 2018, o que significa mais 200.000 meninas e meninos foram adicionados à classificação com excesso de peso nos últimos trinta anos. Já nos países sul-americanos, em geral, a taxa de

crescimento foi mais lenta no período, mas a sub-região continua concentrando a maior parte da população infantil afetada. A estimativa mais recente indica que duas em cada três meninas ou meninos com excesso de peso na Região vivem em um país sul-americano (FAO, 2020).

Contudo, se analisada a tendência do excesso de peso na infância por países, encontra-se comportamentos mistos, nas últimas duas décadas. Por um lado, há mudanças substanciais para cima na prevalência de excesso de peso infantil na Bolívia, Equador, Nicarágua, Paraguai e, surpreendentemente de declínio no México (FAO, 2019).

A Argentina lidera o índice de obesidade infantil na região com 10% das crianças abaixo dos 5 anos de idade obesas (FAO e WHO, 2019). Segundo o *Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (Cesni)*, 24% das crianças na fase pré-escolar, 37% das crianças na idade escolar e 27% dos adolescentes argentinos têm sobrepeso, sendo 18% das crianças em idade escolar obesas. Enquanto nos Estados Unidos, considerada ainda a nação mais “gorda” do mundo, uma em cada três crianças sofre de sobrepeso ou obesidade e dois milhões delas têm obesidade extrema. Já os números na Colômbia apontam que respectivamente 25% e 20% das crianças e adolescentes apresentam sobrepeso, de acordo com a *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia*, versus 17,5% em 2010 (ENSIN 2015).

## 6.2 CONSTRUÇÃO DA TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROLE À OBESIDADE: A BASE ATRAVÉS DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A alimentação, necessidade base da sobrevivência, e as condições e hábitos alimentares são vistos há décadas como uma condição de saúde pública.

O movimento de ingresso da alimentação nos debates sobre a saúde internacional ocorreu paralelamente à crescente industrialização, que culminou, no início do século XX, em altos índices de desemprego, alcoolismo, violência, migrações para as cidades e crises de abastecimento de alimentos em várias partes do mundo. Nesse contexto, uma geração de especialistas passou a associar fome à mendicância e a outras mazelas sociais, o que possibilitava o encaminhamento de novas políticas sociais. Na América Latina não foi diferente e o estímulo ao desenvolvimento como solução dos problemas econômicos

e sociais em escala internacional passa a adquirir força à época (STAPLES, 2006). Aqui, a história do assistencialismo social, promovido pelos Estados Nacionais<sup>7</sup> e pela Liga das Nações<sup>8</sup> (1919-1946) a partir de 1919 pode ser entendida também como parte de uma fase de institucionalização científica e política da nutrição, momento de definição de parâmetros de uma ciência e de uma ação social. A Liga das Nações pouco produziu, de fato, do ponto de vista de políticas públicas em seus países membros, mas teve destacado papel nas discussões sobre padrões de vida globais (MUNIZ, 2019).

Nos períodos de guerra, principalmente após a crise de 1929, as ações sociais na área da alimentação fizeram com que a distribuição gratuita ou subsidiada de refeições, sopas populares e alimentos para os mais pobres ganhasse força. Eram os refeitórios populares que detinham a tarefa de reduzir o problema alimentar a que operários, desempregados e pessoas em situação de pobreza extrema estavam sujeitos. Neste período surgiram os primeiros centros de estudos e pesquisas, os primeiros cursos de formação de especialistas e as primeiras agências condutoras de medidas de intervenção em Nutrição (L'ABBATE, 1988; ICAZA 1991; ABLARD, 2021).

A emergência para a área de alimentação e nutrição foi bravamente influenciada pelo médico argentino Pedro Escudero, criador no ano de 1926 do Instituto Nacional de Nutrição e, em 1933, da Escola Nacional de Dietistas. Foi ainda o mentor do curso de médicos "dietólogos" da Universidade de Buenos Aires. As concepções de Escudero sobre esta seara do saber foram difundidas em toda a América Latina, em função, inclusive, da concessão anual para cada país latino-americano, de bolsas de estudos à realização de Cursos de Dietética no referido Instituto (ICAZA, 1991).

No âmbito da história da saúde pública e da alimentação, estudos mostram as relações entre assistência social e construção do Estado Nacional moderno na América

---

<sup>7</sup>A formação dos Estados Nacionais, ou Estados-Nação, na América Latina foi fortemente marcada pela instabilidade política e econômica. A fase de independência das colônias e o surgimento países, segundo Wasserman (2000), corresponde a dois processos indissociáveis: a internacionalização do modo de produção capitalista, de caráter econômico-social, que conduz à institucionalização do poder burguês no mundo todo e os processos de emancipação das colônias ibéricas, de característica político-militar.

<sup>8</sup>A Liga das Nações ou Sociedade das Nações foi uma organização internacional criada em abril de 1919, com sede em Genebra, na Suíça quando a Conferência de Paz de Paris adotou seu pacto fundador, sendo a primeira organização internacional de escopo universal voluntariamente integrada por Estados soberanos cujo objetivo era o de instituir um sistema de segurança coletiva, promover a cooperação e assegurar a paz futura. Os 26 artigos do Pacto da Liga foram incorporados à primeira parte do Tratado de Versalhes, marco do final da Primeira Guerra mundial. Contudo, a ideia de uma "sociedade de nações" é muito mais antiga. Remonta a conferências internacionais na segunda metade do século XIX, como as Conferências de Paz de Haia, em 1899 e 1907. Na conferência de 1907, pela primeira vez, os Estados europeus haviam se tornado minoria em uma reunião intergovernamental – particularmente devido à presença de 18 Estados latino-americanos, de um total de 45 Estados. A criação da Liga representou um avanço e um precedente históricos (UNESCO, 2020; FGV, 2020).

Latina, com destaque a medidas que foram a base da construção do estado de bem-estar social de países da região, especialmente a partir da década de 1930, com a criação de restaurantes populares, bancos de distribuições de alimentos, tíquetes a serem substituídos por comida e refeitórios fabris, por exemplo. Pode-se considerar que a interação entre as políticas de saúde e bem-estar na América Latina, em todos os âmbitos (regionais, nacionais e internacionais) funcionaram como uma forma de regular os hábitos da vida cotidiana mas também é possível identificar, nas políticas nutricionais, parte do processo de formação do Estado nos tempos de desenvolvimento (MUNIZ, 2019).

As experiências de casos nacionais na América Latina e a conseqüente formação de mão de obra especializada foram alguns dos fatores que viabilizaram a fundação de organizações como o Instituto de Nutrição da América Central e do Panamá (INCAP), no ano de 1949. Vinculado à emergência da reconstrução do pós-Segunda Guerra e da importância da nutrição nas agendas nacionais e nas agências internacionais, o INCAP tinha parte do seu financiamento oriundo dos governos nacionais da América Central e fundos OPAS voltados para a pesquisa científica e assessoria técnica a projetos de nutrição e saúde pública de seus países membros. Sediado na Guatemala, seguiu experiências prévias realizadas, sobretudo, no México, em Cuba e na Colômbia. Instituições como a Fundação Rockefeller e a Fundação Kellogg desempenharam um papel central no financiamento de projetos da agência.

Com o objetivo principal de priorizar medidas de distribuição de gêneros alimentícios e a criação de campanhas no combate à desnutrição, o INCAP já representa um outro estágio da agenda pública para a nutrição, parte do desdobramento dos debates sobre direitos humanos adotados pela Organização das Nações Unidas (ONU) a partir de 1948. Assim, o INCAP materializava a importância da alimentação para assistência social na América Latina. As ações públicas nacionais desenvolvidas na América Latina e no Caribe somadas às novas agências internacionais ganhavam força no fim dos anos 1940. Nesse momento de institucionalização da nutrição, os projetos de grandes refeitórios públicos e de venda de alimentos pagos pelo Estado cederam gradativamente lugar a projetos de intervenção química na composição dos alimentos com adição de vitaminas e minerais aos alimentos e fortificação de farinhas de trigo e de milho (SCRINSHAWN, 2010, MUNIZ, 2019).

Segundo Mintz (1985), os hábitos alimentares mudam quando as condições materiais e os pressupostos culturais permitem. É notório que a alimentação de uma população é condição fundamental no seu desenvolvimento e funcionamento, seja

metabólico, social, econômico e ecológico. Para se caracterizar a trajetória obesogênica da América Latina que levou a atingir os níveis que a tornam uma das regiões com populações mais obesas do mundo, é preciso caracterizar o processo de transição nutricional, de caráter essencialmente econômico, ocorrido na região.

Durante esta transição, a região que sofria com altos índices de desnutrição e baixo peso como problemas de saúde pública prevalentes, passou a apresentar o advento da “supernutrição” generalizada e do excesso de peso, embora muitas vezes acompanhadas por deficiências de micronutrientes. A gravidade da situação é acentuada pelo fato de que as pessoas que experimentaram desnutrição quando crianças, ou ainda no útero, são mais propensas a sofrer de efeitos negativos de dietas densas em calorias (SCHULTZ, 2010). Aquela que era a “doença dos ricos”, atinge, então, os pobres na América Latina que passam a sofrer de taxas mais altas de doenças cardíacas, diabetes e outras doenças crônicas, antes “problema” dos países desenvolvidos.

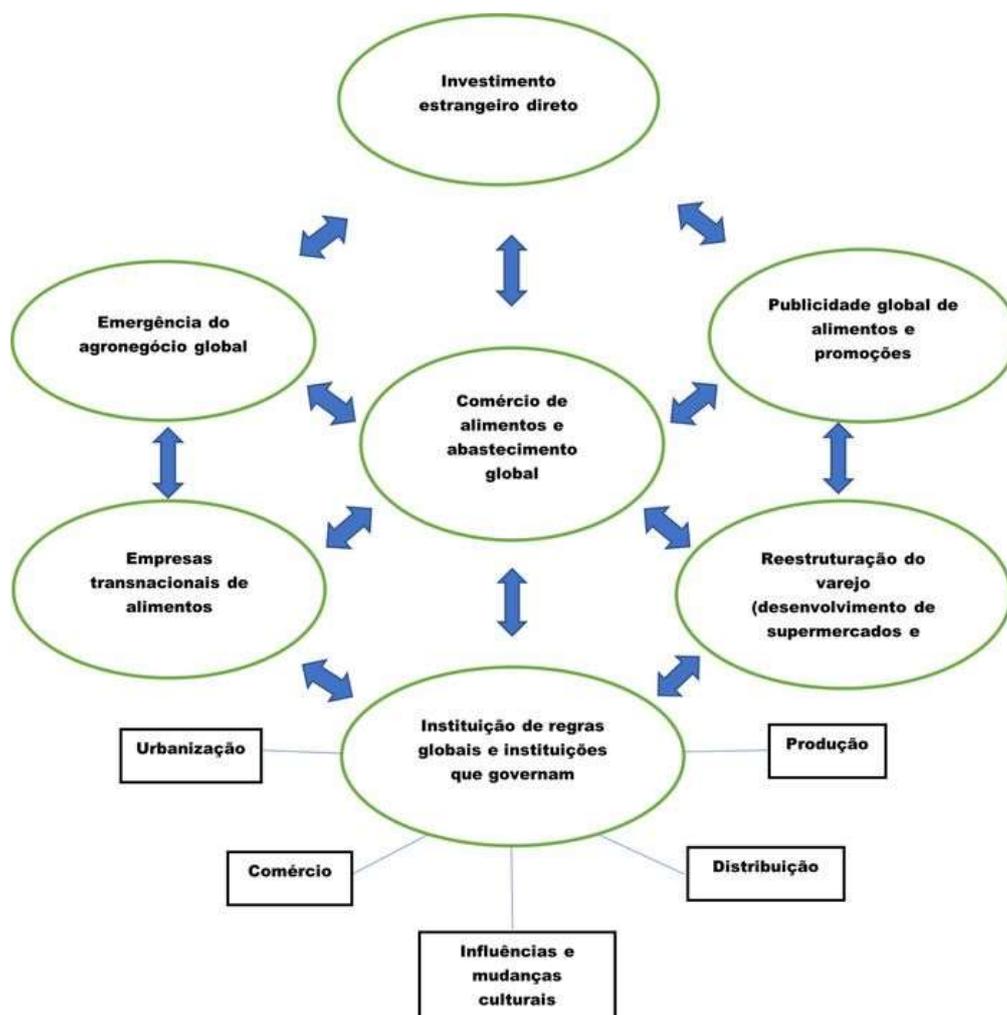
A transição nutricional ocorrida e ainda em curso na América Latina, em uma análise de fatos mais generalista, parece apresentar as suas bases na década de 1980, o que já era possível detectar nos Estados Unidos na década de 1960 quando os programas de ajuste estrutural levaram ao aumento da pobreza e da desigualdade de renda, declínio do investimento estatal em programas sociais, diminuição das barreiras ao comércio global e novas formas de violência privada e patrocinada pelo Estado (ABLARD 2021). Contudo, atualmente, a literatura contemporânea sobre transição nutricional frequentemente cita estudos anteriores que indicavam o aumento das taxas de obesidade e sobrepeso antes da década de 1980.

Em seu excepcional artigo, publicado em 2021 pela Fiocruz, Jonathan Ablard, traz uma análise aprofundada e um compilado de estudos que demonstram e desfazem a ideia que a raiz do problema tenha ocorrido ao final do século XX, quando os índices dispararam e se dispersaram na região. Ao destacar diversos estudos realizados em países como o Brasil, Guiana, México e Peru, fornecem pistas valiosas de que a transição nutricional estava muito bem encaminhada antes do que se acreditava. Em um estudo de 1998, Martorell *et al.* (1998) relatam que “os resultados da Pesquisa Nacional de Nutrição do México de 1988 sugerem que a obesidade em mulheres era tão comum no México quanto nos Estados Unidos na década de 1970”. Da mesma forma, Peña e Bacallao (2000) relata que para o Brasil, um aumento do excesso de peso foi notado entre 1974 e 1989 e foi correlacionado com crescimento econômico negativo. Ou seja, em cada um

dos artigos citados, os autores forneceram sugestões quanto a um contexto histórico mais profundo para o surgimento da obesidade como um problema de saúde pública.

Hawkes (2006) descreve que as mudanças relacionadas à nutrição que acompanharam a mudança neoliberal, como as ligações entre a globalização e a dieta são ainda pouco pesquisadas, embora possa-se sugerir que os seguintes mecanismos são centrais para a dicotomia globalização X dieta, conforme se demonstra, no ciclo abaixo (Fluxograma 1) a sua base e relações.

**Fluxograma 1** — Neoliberalismo e a Dicotomia Globalização x Dieta



Fonte: Elaboração própria a partir de Hawkes (2006).

Ou seja, o comércio exterior e o investimento estrangeiro trouxeram uma série de forças que remodelou o estado nutricional dos latino-americanos: carnes baratas, cadeias de supermercados, refrigerantes e óleos de cozinha baratos, etc. Essas mesmas forças econômicas transformaram aspectos do estilo de vida latino-americanos que não estão

diretamente relacionados à alimentação, mas afetam a dieta e estilo de vida: programação televisiva "melhorada" e mais variada, imigração para o Estados Unidos, urbanização, padrões de trabalho etc. (THOW e HAWKES, 2009).

Ao se falar em obesidade, se está abordando diretamente a temática de segurança alimentar e nutricional (SAN) ao contrário do que muitos ainda imaginam por relacioná-la, geralmente, apenas à desnutrição. De modo absolutamente paradoxal, enquanto a obesidade aparenta ser um problema oposto ao da subnutrição e da desnutrição, ambos os problemas compartilham de muitas causas em comum como a pobreza, a desigualdade econômica, práticas de produção e comercialização de alimentos prejudiciais e a monocultura, ainda tão presente nos países latino-americanos (ABLARD, 2021). Atualmente, para cada pessoa que sofre com a fome na América Latina, há seis com sobrepeso ou obesidade (FAO, 2019). Esse fator se deve aos países da América Latina estarem distribuídos pelas três regiões geográficas do continente: México (América do Norte) e todas as nações da América Central e do Sul, que apresentam laços históricos e culturais semelhantes.

Na América Latina foi a partir de 2003 até meados de 2007 que os países passaram a ter leis específicas de SAN. A Argentina foi o primeiro país, seguida pela Guatemala, pelo Equador e Brasil, este com o programa "Fome Zero". Países como Bolívia, Peru e Panamá estabeleceram decretos governamentais sobre SAN. Alguns países como Paraguai, México, Panamá, Nicarágua e Haiti seguem com projetos em andamento. Mesmo incorporando o direito à alimentação, erradicando a fome e a miséria em suas legislações, as ferramentas que vão utilizar e as formas em que vão trabalhar essas questões podem variar de um país para outro, pois estão em diferentes contextos e especificidades (ALMEIDA FILHO; GOMES JUNIOR, 2010).

#### Conceituando Segurança Alimentar e Nutricional,

Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis" (BRASIL, 2006).

A população indígena não está incólume à epidemia de obesidade. No México, por exemplo, a população indígena mexicana ainda sofre com o problema da desnutrição e se mostra cada vez mais ameaçada pelo excesso de peso, sendo fortemente afetada pela

dupla carga de má nutrição. O excesso de peso é observado entre as crianças Tarahumara que moram na cidade de Chihuahua, o que não é o caso das que moram no campo e consomem muita energia física (PASQUET, 2006). O excesso de peso também é comum entre as mulheres de alguns povos huichol. E foram encontrados casos de diabetes entre os nahuas da bacia de Balsas que, beneficiando de uma renda maior com a venda de seu artesanato, chegaram a consumir um elevado número de refrigerantes (GOLOUBINOFF, 1996). Um estudo de 2001 sobre obesidade no hemisfério ocidental, citou outro de 1985 o qual mostrava que quarenta por cento dos mapuches, grupo indígena do Chile eram obesos. Nas comunidades indígenas Xavante no Estado de Mato Grosso, Brasil, podem ser observados, atualmente, inúmeros casos de diabetes, sobrepeso e obesidade.

A análise do perfil epidemiológico atual da população nos países da América Latina mostra avanços no controle da desnutrição, mas também evidencia o processo de transição no qual os estilos de vida sedentários e o consumo de alimentos ultraprocessados<sup>9</sup> foram incorporados, de conteúdo energético alto, rico em gorduras saturadas, açúcares e sal e pobre em fibras e micronutrientes. A isso, se somam outros determinantes sociais, como a urbanização, viagens longas, o aumento das cadeias de *fast food*, o impacto da publicidade alimentar nos meios de comunicação e a alta oferta de alimentos não saudáveis a baixos valores (FAO e OPAS; 2019).

A coexistência de prevalências relativamente altas de desnutrição com sobrepeso e obesidade é conhecida como a “carga dupla” da desnutrição. Se, além disso, a desnutrição se manifesta em seus dois aspectos principais, ou seja, pelo peso ou altura e pelo déficit de micronutrientes, muitas vezes é enfatizada a existência de uma “tripla carga”. Essas consequências podem ocorrer em nível de país, região, residência ou individual. A manifestação simultânea de problemas nutricionais de outra natureza está associada à transição nutricional (Quadro 1).

---

<sup>9</sup>Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira (2014), alimentos ultraprocessados são formulações industriais à base de ingredientes extraídos ou derivados de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido modificado) ou, ainda, sintetizados em laboratório (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor, etc.) podendo os rótulos conterem listas gigantes de ingredientes. A maioria deles tem a função de estender a duração do alimento, ou, ainda, promover a adição de cor, sabor, aroma e textura para torna-lo atraente. Quando presentes, ingredientes in natura ou minimamente processados aparecem em proporção reduzida. Alguns exemplos de ultraprocessados são a margarina, os cereais matinais açucarados, as barras de cereais, e os refrescos e refrigerantes.

**Quadro 1** — Etapas da Transição Nutricional

<b>Característica</b>	<b><i>Etapas</i></b>		
	<b>Anterior à transição</b>	<b>Transição</b>	<b>Posterior à transição</b>
<b>Dieta (predominante)</b>	Cereais, tubérculos, vegetais, frutas.  É cozinhado principalmente em casa e é usado essencialmente ingredientes crus.	Maior consumo de açúcar, gordura e alimentos processados.  É cozinhado com menos frequência em casa e os ingredientes processados são usados com mais frequência.	Alimentos processados com alto teor de gordura e açúcar e baixo teor de fibra.  É consumido frequentemente fora de casa e são consumidos alimentos preparados.
<b>Problemas nutricionais</b>	A desnutrição e as deficiências nutricionais predominam entre as populações que vivem na pobreza.	A desnutrição, as deficiências nutricionais e a obesidade coexistem.	Predominam sobrepeso, obesidade, deficiências nutricionais e doenças não transmissíveis.

Fonte: FAO, FIDA, UNICEF, PMA y OMS, 2018

O mercado de vários dos principais produtos ultraprocessados é oligopolista e normalmente dominado por grandes corporações transnacionais. A venda de produtos ultraprocessados cresce com a urbanização e quando os governos nacionais abrem o mercado interno ao investimento estrangeiro e eliminam a regulamentação dos mercados

(desregulamentação). Embora o volume de vendas continue mais elevado nos países de alta renda, o crescimento entre 2000 e 2013 foi mais acelerado nos países de baixa renda. Por último, condizente com observações anteriores, a venda de produtos ultraprocessados está relacionada diretamente a um rápido aumento do excesso de peso e da obesidade e de várias doenças crônicas não transmissíveis, assim, políticas públicas de controle e combate aos problemas são cada vez mais urgentes (FAO, 2014, CASTRO, 2017).

## 7 MAGNITUDE, POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS E CONTEXTO HISTÓRICO DAS ESTRATÉGIAS GOVERNAMENTAIS DE BASE À PREVENÇÃO E CONTROLE DA OBESIDADE NO BRASIL E CHILE: DISTONIA DAS POTÊNCIAS LATINO-AMERICANAS

### 7.1 PERFIL E MAGNITUDE DA OBESIDADE NO BRASIL

“Brasil de tantas faces,  
tantas culturas e tantas belezas!  
Teu povo é quem te ilustra  
e tua liberdade te faz ilustre”. Felipe Bastos

**Mapa 2** — Mapa do Brasil: Localização geográfica



Fonte: The World Factbook

A República Federativa do Brasil, ou apenas Brasil, é o maior país da América Latina, com extensão territorial de 8.514.876 Km<sup>2</sup>, o que o torna o 5º maior do mundo em área geográfica e o 3º no continente americano, apenas menor do que os Estados Unidos

e o Canadá na América e do que a Rússia e a China no mundo (IBGE 2021). O país possui a maior população da região, com mais de 210 milhões de habitantes, distribuída em mais de 5.570 municípios dos seus 26 estados e do distrito federal que estão divididos em 5 regiões: Norte, Sul, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste. Tem como capital a cidade de Brasília e é o único país da América Latina que tem o português como língua oficial, dada sua colonização.

Economicamente, possui o décimo terceiro maior PIB nominal do mundo (IBGE, 2021) e é um dos maiores produtores de alimentos do planeta. É um país com industrialização recente, classificado como uma economia de renda média-alta pelo Banco Mundial, sendo o mais rico da América Latina.

Quanto aos tipos climáticos, o Brasil tem 93% de suas terras localizadas no Hemisfério Sul, o que significa que, com exceção da região Sul, o seu território está na zona intertropical do planeta. Devido a vastidão do território nacional, de proporções continentais, são identificados diversos tipos de climas, sendo os principais o equatorial, o tropical, o tropical de altitude, o tropical úmido, o semiárido e o subtropical.

Nos últimos 50 anos, o Brasil passou por uma transição epidemiológica, caracterizada pela diminuição da mortalidade populacional, aumento da expectativa de vida e da população urbana. Esses fatores determinaram a evolução progressiva de uma população destacada pela mortalidade decorrente de doenças infecciosas para um perfil em que a mortalidade é causada por doenças crônico-degenerativas (PRATT, 2010).

No país, em 2010, 51% dos adultos tinham sobrepeso, aumentando este número para 54% em 2014 (FAO, 2017). Segundo dados do Instituto de Métrica e Avaliação em Saúde (IHME) da Universidade de Washington, o percentual chegava a 57,8% em 2016. Quanto à obesidade, os valores passaram de 17,4% para 20% entre 2010-2014 (nas mulheres, o índice foi para 22%). Atualmente é de 22,6% (26% nas mulheres). O sobrepeso infantil atingiu 7,3% das crianças menores de cinco anos (7,7% das meninas) (FAO, 2017; IHME 2017).

Em 2003, 12,7% das mulheres e 8,8% dos homens adultos brasileiros eram obesos, sendo a prevalência mais alta encontrada nas regiões Sul e Sudeste do país. A tendência de aumento da obesidade foi registrada para os homens e mulheres em todas as faixas de renda, no período de 1974 a 1988. Um dado interessante é que, no período dos 15 anos seguintes (1989-2003), os homens continuaram apresentando aumento da obesidade independentemente de sua faixa de renda. Entre as mulheres, aquelas com

baixa escolaridade e situadas em faixas mais baixas de renda, entre as 40% mais pobres, apresentaram um aumento mais significativo (IBGE, 2004).

Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009), o excesso de peso foi observado em 33,5% das crianças entre cinco e nove anos, sendo que 16,6% dos meninos também eram obesos; entre as meninas, a obesidade apareceu em 11,8%. Esses números representam um salto na frequência de excesso de peso nessa faixa etária ao longo de 34 anos nos meninos, sendo 10,9% em 1974-75, 15% em 1989 e impressionantes 34,8% em 2008-2009. Nas meninas, foi observado padrão semelhante: 8,6% em 1974-75, 11,9% em 1989 e 32% em 2008-2009. O excesso de peso foi superior na área urbana em comparativo à área rural: 37,5% e 23,9% para meninos e 33,9% e 24,6% para meninas, respectivamente. A região brasileira com maior frequência de excesso de peso foi a Sudeste, com 40,3% dos meninos e 38% das meninas com peso acima do considerado normal.

Entre os adolescentes (considerados na POF entre 10 a 19 anos), a frequência de excesso de peso passou de 3,7% em 1974-75 para 21,7% em 2008-09; no sexo feminino, o crescimento do excesso de peso foi de 7,6% para 19,4% na mesma faixa etária. A obesidade também apresenta tendência de crescimento exponencial, indo de 0,4% para 5,9% no sexo masculino e de 0,7% para 4,0% no sexo feminino, comparando os mesmos períodos. Em paralelo, também nessa faixa etária, o déficit de peso apresenta declínio nesses 34 anos, indo de 10,1% para 3,7% entre os homens e de 5,1% para 3,0% entre as mulheres.

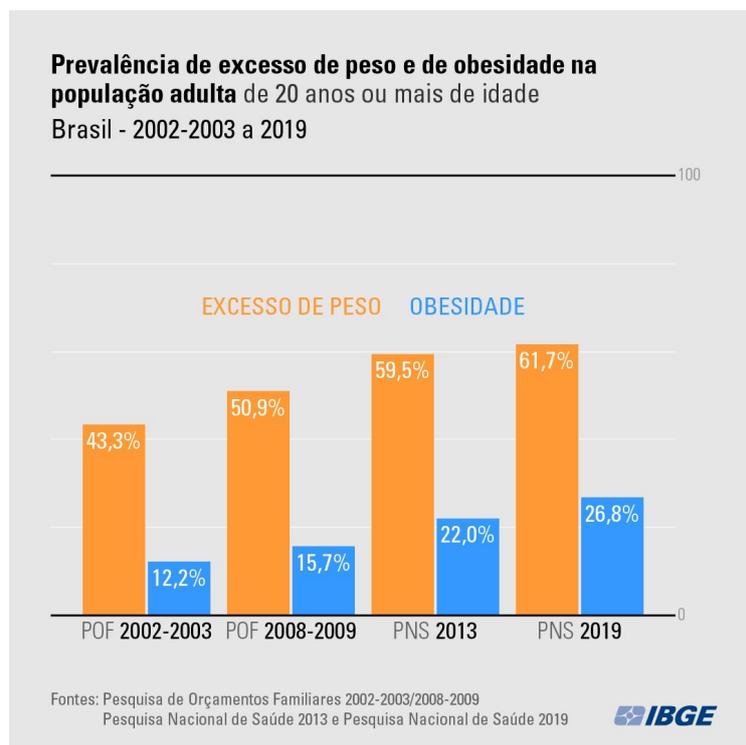
A POF 2008-2009 traz um aumento contínuo de excesso de peso e obesidade na população adulta (com mais de 20 anos de idade) ao longo de 35 anos. O excesso de peso quase triplicou entre homens, de 18,5% em 1974-1975 para 50,1% em 2008-09. Nas mulheres, o aumento foi menor, mas também muito expressivo de 28,7% para 48%. Já a obesidade cresceu mais de quatro vezes entre os homens, de 2,8% para 12,4% (1/4 dos casos de excesso de peso) e mais de duas vezes entre as mulheres, de 8% para 16,9% (1/3 dos casos de excesso de peso).

Segundo dados da Vigilância de Fatores de Riscos e Proteção para as Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2016), no conjunto das 27 cidades brasileiras, a frequência de excesso de peso em adultos foi de 53,8%, sendo maior entre homens (57,7%) do que entre mulheres (50,5%). Essa condição tendeu a aumentar com a idade até os 64 anos. Entre as mulheres, a frequência de excesso de peso diminuiu com o aumento do nível de escolaridade. A prevalência de adultos obesos foi de 18,9%,

ligeiramente maior em mulheres (19,6%) do que em homens (18,1%). Em ambos os sexos, a frequência da obesidade aumentou duas vezes da faixa de 18 a 24 anos para a faixa de 25 a 34 anos de idade. A frequência de obesidade diminuiu com o aumento da escolaridade.

Divulgada em outubro de 2020, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde traz os dados mais atualizados de sobrepeso e obesidade na população acima de 15 anos de idade no país, fazendo ainda uma comparação com as informações das duas Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF), realizadas entre 2002 e 2003 e 2008 e 2009. A prevalência de pessoas com excesso de peso na população adulta (com 20 anos ou mais de idade) no país passou de 43,3% para 61,7%, entre 2003 e 2019 na avaliação das 3 Pesquisas, o que representa um aumento percentual de 42,5%. Já a população de obesos passou de 12,2% para 26,8 (Gráfico 2) representando um alarmante e muito preocupante aumento de 119,7%. Nesse período, a prevalência da obesidade no sexo feminino mais do que dobrou, aumentando de 14,5% para 30,2% (108,3%) e entre o masculino apresentando uma evolução ainda maior, de 9,6% para 22,8%, ou 136,4% (Gráfico 3).

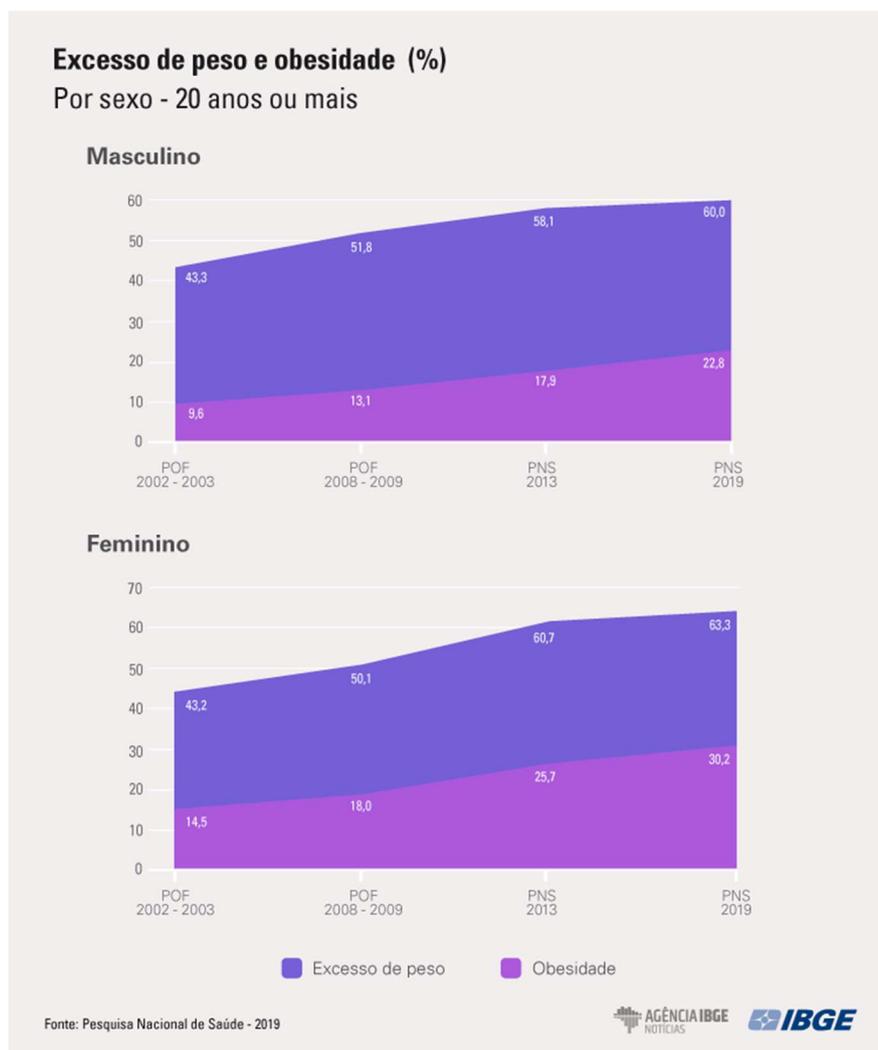
**Gráfico 2** — Prevalência de excesso de peso e de obesidade na população adulta de 20 anos ou mais de idade: Brasil 2002-2003 a 2019



Fonte: Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003 e 2008-2009, Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019.

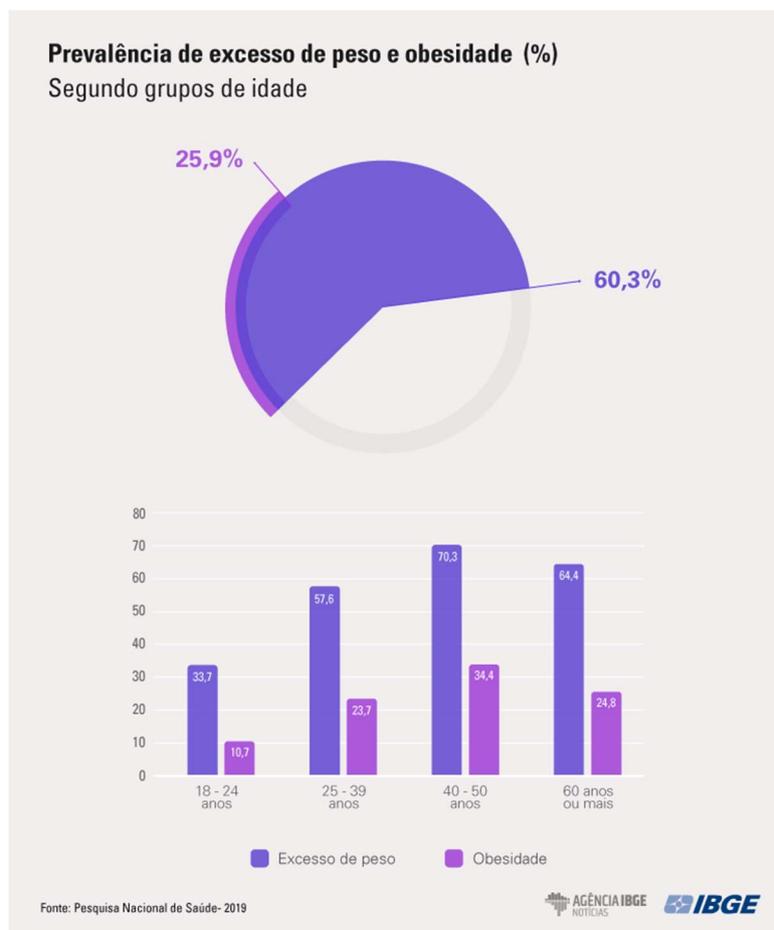
Quanto ao excesso de peso, mais de 60% da população adulta, de acordo com a PNS 2019 estão com o IMC acima de 25, o que representa mais de 100 milhões de pessoas, sendo 63,3% das mulheres e 60% dos homens (Gráfico 3). Entre adolescentes com idades entre 15 e 17 anos, o excesso de peso foi constatado em 19,4% (2 milhões de pessoas), sendo mais elevado em adolescentes do sexo feminino (22,9%) em relação aos do sexo masculino (16,0%).

**Gráfico 3** — Prevalência de excesso de peso e de obesidade (%), por sexo, em indivíduos com 20 anos ou mais



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde 2019

A obesidade, em adultos, foi observada em 21,8% dos homens e em 29,5% das mulheres (18 anos ou mais de idade) ou 25,9% para a população geral. O indicador foi mais elevado, chegando a 34,4% foi na faixa etária de 40 a 50 anos, considerando ambos os sexos (Gráfico 4). Para adolescentes com idades entre 15 e 17 anos, o dado ficou em 6,7%, com cerca de 8,0% para o sexo feminino, e 5,4 % no sexo masculino.

**Gráfico 4** — Prevalência de Excesso de Peso e de Obesidade (%) por grupos etários

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde 2019

Este levantamento serve de base para ampliação das ações para prevenção e controle da obesidade na Atenção Primária à Saúde e otimização dos recursos no Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde, atualmente, está a preparar o lançamento de iniciativas voltadas à qualificação dos profissionais de saúde, tais como o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de sobrepeso e obesidade” e a publicação do “Instrutivo de Cuidado da Obesidade em Crianças e Adolescentes”, com o objetivo de apoiar a formação de profissionais nos cuidados e particularidades da atenção às crianças e adolescentes com obesidade (PNS, 2019).

## 7.2 CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO BRASIL

As políticas de alimentação e nutrição no Brasil partiram do *loco* inicial da oferta alimentar, que buscava o incremento da produção de alimentos no sentido de como e

quando produzir à qualificação da demanda por alimentos, relativo aquilo que se deve (preferencialmente) consumir e como fazer a devida distribuição em nível global (LANG, 2015).

Para ser passível de discussão com devido embasamento e contextualização sobre a origem e os porquês da atual epidemia de obesidade no Brasil, incontestavelmente, é preciso apresentar, traçar e transcrever os principais marcos da trajetória das políticas públicas de alimentação e nutrição no Brasil. Neste estudo, optou-se, inicialmente, pela divisão em 2 períodos ou, melhor representando, em 2 eras: A era pré-SUS e a era SUS.

A era pré-SUS remonta às primeiras décadas do século XX, mais precisamente a de 1930 no governo do presidente Getúlio Vargas, quando se institucionalizou o campo científico da Alimentação e Nutrição no país e que se estendeu até o ano de 1988, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). No início desta era, basicamente, o campo dividia-se em 2 (duas) vertentes específicas, a biológica e a social. A vertente biológica cujo foco está nos processos e aspectos individuais, pautados na dimensão clínica, fisiológica e direcionado ao consumo e à absorção biológica dos nutrientes enquanto a vertente social enfatiza os aspectos socioeconômicos, a dimensão coletiva e social, correspondendo aos aspectos relacionados à produção, distribuição e ao consumo alimentar (VASCONCELOS, 2005).

Segundo Prado (1993), a análise da trajetória das políticas públicas de alimentação e nutrição no Brasil requer do pesquisador compreender as conjunturas econômica, política e social do país referentes ao momento da história em que foram implementadas. No contexto brasileiro, é possível estabelecer três períodos distintos nas políticas públicas de alimentação e nutrição. São eles: A emergência da área como temática de política social (1930-1963), a Implantação da tecnocracia em busca do desenvolvimento econômico (1964-1984) e a busca pela democratização em prol da resolução de dilemas sociais (a partir de 1985) (VASCONCELOS 2005).

No ano de 1933, o médico e pesquisador Josué de Castro, em Recife, no estado de Pernambuco, dá início ao inquérito sobre as condições de vida da classe trabalhadora, revelando a ocorrência de déficit calórico e de nutrientes no consumo alimentar desta população (o que classificou como fome oculta). Em 1936, o estudo já havia motivado o surgimento de novas pesquisas acerca da situação alimentar do estado de Pernambuco em

populações de comunidades de vulnerabilidade social. Na década de 30<sup>10</sup>, surgiu o primeiro grande marco da história alimentar no Brasil com a inédita denúncia, através da academia, de que a fome e as suas mais variadas maneiras de expressão no organismo humano eram provenientes das desigualdades sociais e de um modelo econômico injusto e excludente no acesso à renda e à terra (JAIME, 2019).

A sistematização da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) no governo de Vargas, como reguladora legal das relações de trabalho estabelecidas pela nova ordem econômica vigente é o marco para o surgimento de uma agenda oficial de alimentação e nutrição nas pautas governamentais. Apesar de consolidada apenas pelo Decreto-Lei nº 5.452, de maio de 1943, uma das principais medidas do governo de Getúlio já corroborava com o que seria o marco na regulamentação do trabalho no Brasil: a instituição do salário-mínimo no país, através da Lei 185 de 14/01/36 e regulamentado pelo Decreto-lei nº 399 de abril de 1938 cujos valores foram fixados em março de 1940 pelo Decreto-lei 2.162, beneficiando 58% da população assalariada à época. Conjuntamente, cria uma "cesta básica" e recomenda que "o salário-mínimo deveria cobrir 10 cestas básicas regionais de gêneros alimentícios" O salário mínimo é definido como a remuneração mínima devida a todo trabalhador adulto, sem distinção de sexo, capaz de satisfazer as suas necessidades normais de alimentação, higiene, habitação, vestuário e transporte e assim, parâmetros nutricionais passam a ser definidos através de um modelo de "ração essencial" e do indicativo de grupos alimentares, sendo oficialmente incorporados como diretrizes de uma primeira política pública brasileira na área (ARRUDA e ARRUDA, 2012; BRASIL, 2018; JAIME, 2019).

Ainda na década de 1930, foram conduzidos os primeiros inquéritos alimentares no Brasil, resultando em propostas de políticas de alimentação em nível estadual mas que contribuíram para o estabelecimento de parâmetros nacionais à definição das necessidades dos trabalhadores que foram utilizadas para institucionalização das Comissões do Salário Mínimo, a partir do contexto da Lei Nº 185. O Estado passou a assumir a responsabilidade pela questão da alimentação e iniciou as primeiras políticas públicas na área a nível nacional (LIMA *et al.*, 2005).

---

<sup>10</sup>A década de 30 no Brasil marca os primórdios do estabelecimento de uma política de enfrentamento da questão da fome e da desnutrição. Ela aparece na sequência de uma fase de transformação do tema "alimentação" em um novo campo de saber, uma disciplina científica denominada inicialmente de nutrologia e, posteriormente, de nutrição (L'ABBATE, 1988)

Em 1937, no contexto de crise, foi criada a Comissão Reguladora de Tabela de Alimentos devido à necessidade de fiscalização da qualidade dos alimentos disponíveis ao consumo no Brasil. Nesse período, nasceram as primeiras iniciativas em prol da formulação de políticas públicas de alimentação no país. Em 1939, foi criado o Serviço Central do Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPI) trazendo a obrigatoriedade de instalação de restaurantes para funcionários em empresas de grande porte (SCHMITZ et al., 1997).

Ainda em 1939, o Serviço Central de Alimentação (SCA), junto ao início da instituição da previdência social, tendo a nomenclatura alterada no ano seguinte para Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) pelo Decreto-Lei nº. 2.478 de agosto de 1940 (quando a estrutura de gestão foi transferida para o Ministério do Trabalho). O SAPS, criação do IAPI, marca o início, na prática, de uma "política de alimentação e nutrição", visando a promoção de padrões adequados para a alimentação da população. As finalidades aqui passam a serem amplas e aprofundadas visando propiciar as instalações e as condições ideais de alimentação aos trabalhadores, fornecendo os alimentos a preços acessíveis, capacitando pessoal para as atividades de nutrição e promovendo a educação alimentar ampliada, que atingia as famílias mediante visitas realizadas por visitadoras de alimentação. Contudo, a nova estrutura do SAPS, que foi remodelado em 1941, entrou em crise a partir da destituição de Getúlio Vargas em 1945 sendo extinta no ano de 1967 (L'ABBATE, 1988, SARTI e TORRES, 2017).

Na década de 1940 surgem dois outros organismos representativos à segurança e soberania alimentar: O Instituto Técnico de Alimentação (ITA) no ano de 1944, transformado em Instituto Nacional de Nutrição da Universidade do Brasil em 1946 e a Comissão Nacional de Alimentação (CNA), criada em fevereiro de 1945, para comandar as políticas de alimentação junto ao Conselho Federal de Comércio Exterior, no âmbito do IAPI. A Comissão foi transferida para o Ministério da Educação e Saúde em 1949 e investida nas funções do Comitê Nacional da *Food and Agriculture Organization* (FAO) em 1951. Foi ainda responsável no ano de 1952 pela elaboração do I Plano Nacional de Alimentação e Nutrição, a partir de diagnóstico próprio realizado sobre os hábitos alimentares e o estado nutricional da população brasileira. Foi extinta no ano de 1972 pela criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), através da Lei nº 5.829 (L'ABBATE, 1988).

No ínterim de criação do SAPS e o início da década de 1970, surgiram outras diversas instituições corresponsáveis pela execução da política de alimentação no Brasil, com objetivos e metas semelhantes ou, de certa maneira, relacionados aos do Serviço de

Alimentação da Previdência Social, envolvendo sempre o trabalho do mesmo grupo de profissionais. As atribuições definidas para essas instituições eram bastante parecidas, com uma ou outra diferença. Todas elas tinham como responsabilidades estudar a situação nutricional e os hábitos alimentares da população e propor normas à política nacional de alimentação, estimulando e acompanhando campanhas educativas. Dois exemplos foram dirigidos por Josué de Castro, o Serviço Técnico de Alimentação Nacional, o STAN (criado pela Portaria no. 542, de 19/10/1942 e extinto em 1945) e o Instituto Nacional de Nutrição (criado pelo Decreto-Lei no. 8.684, de 16/01/1946), na então Universidade do Brasil, hoje Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ, a partir da incorporação do ITA, sob a Direção de Josué de Castro.

O STAN era subordinado à Coordenação da Mobilização Econômica do Governo Federal, num momento em que se vivenciava as adversidades oriundas da Segunda Guerra Mundial, e tinha como objetivo o fornecimento de orientação técnica à produção agrícola e à indústria de alimentos. Já o Instituto, tinha como objetivos, além da realização de estudos e pesquisas e da difusão de conhecimentos, a formação de pessoal técnico especializado. Em todas essas ações, a figura de Josué de Castro foi marcante, seja atuando como gestor em órgãos recém-criados (como o SAPS e a CNA), seja conduzindo pesquisas e propostas sobre o tema (COIMBA, 1982, BARROS e TARTAGLIA, 2003). O STAN foi extinto devido à formalização da CNA, que era um órgão do Conselho Federal de Comércio Exterior (VASCONCELOS, 2005; ARRUDA E ARRUDA, 2007).

Fica evidente, naquela época, a preocupação com a criação de estruturas com enfoque prioritário à proteção social sobre o econômico visto que a alimentação passa da condição de apenas mais um campo de saber para a de uma política pública.

Embora a atuação do SAPS se caracterizasse pela distribuição de refeições a determinados segmentos da população como trabalhadores e estudantes, esse tipo de ação, implementada como um programa de governo e concebido para se estender por todo o país, tem início com o Programa Nacional de Alimentação Escolar. A partir daí as demais ações governamentais nessa área também passam a ser concebidas e executadas na forma de Programas, com objetivos específicos, destinados a específicas populações em situação de risco, por diferentes instâncias de governo. Mais do que isso, adquirem uma nova característica na sua forma de execução e implementação. Passam a envolver diferentes instâncias de governo, diferentes Ministérios e Instituições executoras, na maior parte das vezes agindo de modo pouco ou nada integrado, chegando a haver duplicidade de funções e de populações-alvo (BARROS E TARTAGLIA, 2003).

A partir da década de 1950, com o fim do Estado Novo, mais precisamente entre o período de 1945 a 1964, inicia-se um período classificado como “otimismo sanitaria” em relação ao poder da ciência na erradicação das doenças face às novas tecnologias e recursos disponíveis. É uma fase de evidentes mudanças no enfoque à criação e execução das políticas públicas na área de alimentação e nutrição. Passaram a serem implementados programas de distribuição de alimentos a segmentos específicos da população como o plano de ação denominado “A Conjuntura Alimentar e o Problema da Nutrição no Brasil”, que, entre outras propostas, concebeu e estruturou um Programa de merenda escolar de caráter nacional, sob responsabilidade pública, racionalizando as iniciativas preexistentes e dando-lhes orientação técnica e suporte econômico, a ser efetivado a partir da metade da década de 1950. O Programa, iniciado efetivamente em 1955, expandiu-se rapidamente com o apoio de organizações internacionais como o Fundo Internacional de Socorro à Infância - FISI/ONU e, na década seguinte, dos programas "Alimentos para a Paz" e "Aliança para o Progresso" e da "*Agency for International Development -USAID*", por meio de doações e da venda de alimentos por preços simbólicos (excedentes agrícolas norte-americanos) (COIMBRA, 1982; SARTI e TORRES, 2017).

Já nesta fase, com a distribuição de leite em pó e de farinhas enriquecidas com nutrientes, apoiado em instituições de auxílio internacional, o Programa de Merenda transformou-se, ao longo dos anos, no Programa Nacional de Alimentação Escolar, sustentado e coordenado pelo Governo Federal e executado pelos Governos Estaduais e, posteriormente pelos Municipais. O programa cresceu, diversificou-se (incluindo a distribuição de produtos industrializados e de alimentos “in natura”) e firmou-se como um dos maiores, mais abrangentes e efetivos programas de distribuição de alimentos, funcionando atualmente, sob a coordenação do Fundo Nacional para o Desenvolvimento da Educação (FNDE). Este é o mais antigo programa de alimentação em execução no Brasil (BARROS E TARTAGLIA, 2003).

Em 1952, a Comissão Nacional de Alimentação estabeleceu o I Plano Nacional de Alimentação, que apontava a desnutrição como prioridade em saúde pública, buscando apoiar assistência em alimentação para grupos vulneráveis da população. Houve então um desvio no foco das ações da fome (causa) para a desnutrição (efeito), o que constituiu um marco estratégico nas políticas de alimentação do Brasil. Impulsionado pelo CNA, em 1953 foi iniciado o programa de adição de iodo ao sal em áreas de bócio endêmico. Neste mesmo ano fora criado o Ministério da Saúde, separando-o do Ministério da Educação. Em 1954, o Serviço de Alimentação e Previdência Social propôs a expansão

das ações em alimentação, dada pela integração entre programas e atividades de produção agroindustrial, assim como a criação de estímulos aos produtores agrícolas de pequeno porte. Esta proposta buscava assim integrar uma rede de garantia de acesso a alimentos de qualidade. Infelizmente, não fora concretizada mas influenciou de modo muito significativo propostas de políticas nos anos seguintes (L'ABBATE, 1988).

No início dos anos 1960, as estratégias passaram a priorizar a figura médica no contexto das políticas públicas de saúde, englobando de modo indistinto ações preventivas e curativas na área da saúde. Naquele período, surgiram as primeiras propostas relativas à descentralização, horizontalização e ampliação das políticas com base na aspiração sanitária desenvolvimentista pela adequação dos serviços de saúde. Ainda foram criadas estruturas que tiveram papéis decisivos na operacionalização de políticas de produção, armazenagem e abastecimento de alimentos pelo governo federal. São elas: a Companhia Brasileira de Alimentos (Cobal) e a Companhia Brasileira de Armazenamento (Cibrazem), que, com a Superintendência Nacional do Abastecimento (SUNAB), faziam parte do chamado Sistema Nacional de Abastecimento (IPEA, 2014).

Paradoxalmente, no período entre 1964 e 1984, em meio às contradições inerentes ao contexto ditatorial vivido no país, identificou-se a emergência de pesquisas nutricionais de base populacional com amostras representativas de todas as regiões geográficas do país unida às tentativas de incorporação de técnicas de planejamento nutricional ao planejamento econômico, conduzidas sob a direção do então Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan), que surgiu como órgão central estratégico na área justamente durante o regime ditatorial brasileiro. Criado pela Lei nº. 5829 de novembro de 1972 como uma autarquia pública vinculada ao Ministério da Saúde, apesar da sua vinculação setorial, assumiu o discurso de defesa da nutrição como elemento central para o desenvolvimento nacional e da proposição de ações intersetoriais para atender as necessidades de alimentação da população. Tinha como propósito a assistência ao governo na formulação da política nacional de alimentação e nutrição; a elaboração de proposta ao Presidente da República do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan) a fim de realizar sua execução, supervisionando e fiscalizando sua implementação, avaliando de modo periódico os respectivos resultados e, sendo necessário, propor revisão funcionando como órgão central das atividades de alimentação e nutrição (OPS, 1973; BATISTA, 1985; ARRUDA E ARRUDA, 2007).

O Inan foi considerado um dos “projetos de impacto” do governo militar, tendo como presidente, à época, o general Médice, na área da assistência alimentar e instituiu

um conjunto de programas direcionados às populações em situação de vulnerabilidade social (PINHEIRO, 2009). Segundo Peliano (2010), o Inan foi o único que se esforçou para associar a distribuição de alimentos com o apoio à agricultura familiar, sobretudo pelo lançamento de dois programas, o Programa de Abastecimento de Alimentos Básicos em Áreas de Baixa Renda (PROAB) e o Projeto de Aquisição de Alimentos em Áreas Rurais de Baixa Renda (PROCAB), em parceria com a Cobal, além da criação de polos de compras para escoamento da produção em áreas rurais com a concentração de pequenos agricultores nos estados do Nordeste. A CNA foi extinta devido a criação do Inan. (JAIME, 2019).

A partir de 1967, com a reforma Administrativa Federal, foram designadas competências específicas ao Ministério da Saúde e os programas de alimentação não constituíam mais prioridade ao Estado. O mundo estava voltado ao debate do custo econômico das doenças, um grande obstáculo ao crescimento econômico e enfatizava a necessidade de erradicação de doenças infecciosas e de carências nutricionais. Fortaleceu-se uma polarização entre dois grupos: os desenvolvimentistas e os sanitaristas (ou campanhistas). O primeiro defendia uma conexão entre binômios saúde-doença e desenvolvimento-pobreza, já o segundo advogava pela saúde como direito social da população (SARTI e TORRES, 2017). Eis que se dá uma difusão da crítica ao projeto da medicina preventiva e comunitária e a oferta de ideias em torno de uma medicina social, possibilitando que, nos anos 1970, novos projetos de formação sejam experimentados e o debate político-social ganhasse contornos mais nítidos. Aqui, o debate em torno de um novo projeto para a saúde, que já apontava a crítica ao desenvolvimentismo, lançava ideias de um projeto socializante do Estado (BORGES e BAPTISTA, 2021). Ainda, segundo Luz (1986) os desenvolvimentistas se opunham ao campanhismo na medida em que este se preocupava com a erradicação de doenças de massa através de ações saneadoras e imunizantes uniformizadas e pontuais. Discordantemente, os desenvolvimentistas tinham uma proposta de descentralização dos serviços e de implantação do planejamento como estratégia para evitar dispersão de recursos, repetição e justaposição de atividades que deveriam ser “integradas” e conduzidas por serviços permanentes de saúde pública. Dessa maneira, estes serviços deveriam garantir uma “universalização” da atenção médica, através da ampliação da cobertura de uma “rede básica”.

No início dos anos 1970 ampliou-se a discussão sobre a influência da nutrição como objetivo explícito e deliberado do desenvolvimento, frente à constatação de que a

solução dos problemas não podia ser obtida pelo simples acionamento da instrumentalização de ações próprias de um único setor, como a saúde ou a agricultura. Um importante marco, que representou excelente contribuição à tomada de decisão governamental foi uma das recomendações da III Reunião Especial dos Ministros de Saúde das Américas, realizada em Santiago do Chile, em 1972, em que se destacou a necessidade de mudanças na condução das políticas sociais (ARRUDA e ARRUDA, 2007).

Seguindo na década de 1970, dois novos programas marcaram o avanço da ação estatal nessa área. Em 1973, foi lançado o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan), por meio do DL no 72.034. O Pronan, composto por doze subprogramas, advindos de diversas estruturas de governo, tinha o propósito de fornecer suplementação alimentar para as gestantes, crianças até os 2 anos de idade e pré-escolares de baixa renda. Porém, devido a problemas de operação e irregularidades constatadas em auditorias realizadas pelo Inan teve abrangência e atuação limitados que resultaram em baixo impacto em termos da saúde populacional, fazendo com a que a sua vigência acabasse em 1974. No ano seguinte, a partir de um convênio firmado entre o Inan e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), uma equipe foi montada para subsidiar a elaboração do II Pronan, com base nos delineamentos estabelecidos no II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), entre 1975 e 1979. (NUNES, 1994; ESCOREL *et al* 2005; VASCONCELOS, 2005; ARRUDA e ARRUDA, 2007; IPEA 2014).

A partir de 1975, iniciou-se assim a implementação do II Pronan, pelo Conselho de Desenvolvimento Social. Era um programa de ações direcionadas à alimentação e nutrição que tentou superar os enfoques característicos adotados de programas anteriores (voltados à população em estado de vulnerabilidade social), atuando junto à oferta e demanda de alimentos. As ações do II Pronan incluíam mecanismos de racionalização e modernização do sistema de produção e do comércio de alimentos. A formulação do II Pronan, objetivando a atuação integrada para o máximo proveito de todas as possibilidades de intervenção, a fim de conseguir um impacto significativo, partiu dos seguintes pressupostos:

a) a população-alvo deveria ser escolhida com base na vulnerabilidade social, considerando como variável determinante a renda e como limite a renda familiar de até dois salários mínimos;

b) a prioridade de faixa etária deveria considerar a vulnerabilidade biológica, para atendimento ao período de vida do ser humano em que ele é, por condições fisiológicas, mais vulnerável às agressões das deficiências nutricionais;

c) a seleção do suplemento alimentar deveria dar preferência aos alimentos tradicionais, levando em consideração que a dieta de quase todas as pessoas gira em torno de um grupo reduzido de alimentos, dos quais deriva a maior parte das calorias e proteínas;

d) a opção por alimentos básicos fundamentava-se também no seu custo comparativo mais baixo, somado à necessidade de estimular os pequenos e médios produtores rurais, que constituem o núcleo de produção desses alimentos, canalizando, dessa maneira, o volume de compra dos programas de suplementação alimentar para assegurar uma demanda aos pequenos produtores e reduzir, ao mesmo tempo, os canais de comercialização do que produzem (CARVALHO; 1995; ARRUDA E ARRUDA, 2007; IPEA 2014).

O II Pronan representa o primeiro conjunto integrado de programas de alimentação e nutrição de amplitude nacional ao propor a unificação das cadeias produtivas, da distribuição e do consumo alimentar de populações, inclusive promovendo cooperativas de pequeno porte, oferta de suplementação aos grupos vulneráveis de baixa renda, suplementação alimentar para o combate de carências específicas e apoio a pesquisas em tecnologia de alimentos e consumo. Havia ênfase à necessidade da adoção de alimentos in natura na complementação alimentar da população de baixa renda, que deveriam ser adquiridos, preferencialmente, de produtores locais respeitando os hábitos alimentares regionais.

Para Peliano (2010)

"O II Pronan pode ser considerado um marco na política de alimentação e nutrição do país, por ser o primeiro a enfatizar a importância de se utilizar alimentos básicos nos programas alimentares, em detrimento dos produtos industrializados que eram adquiridos nos programas anteriores."

Tentou-se, posteriormente, o lançamento do III Pronan, agregando os aprendizados acumulados com a execução do II. A proposta chegou a ser criada e encaminhada para apreciação em maio de 1981, mas não foi aprovada, o que causou uma deterioração ainda maior da importância e da influência política do programa em curso e do próprio Inan (ARRUDA e ARRUDA, 2007; IPEA 2014).

No início dos anos 1980, a emergência do movimento popular em prol do retorno da democracia no país apresentou uma nova perspectiva para a organização social em torno do combate à fome e à desnutrição. Outros movimentos sociais começaram a se reorganizar abertamente nessa época, defendendo temas como reforma agrária e geração de emprego (IPEA, 2014). Este é um período de redemocratização em prol da resolução de dilemas ainda pendentes na esfera da saúde pública e no campo da alimentação e nutrição. Até meados de 1980, conforme se dava o processo de redemocratização, foram observados diversos progressos e regressos no campo das políticas públicas nacionais. Com o advento da Nova República e atendendo às diretrizes calcadas no lema "Tudo pelo Social", os programas, de maneira geral, contaram com uma significativa injeção de recursos. No final da década de 1980, entretanto, os programas existentes foram sendo, aos poucos, técnica e financeiramente esvaziados (BARROS e TARTAGLIA, 2003).

Ao final da década de 1980, as prioridades sociais foram diluídas em “prol da estabilização econômica do país”. A operacionalização do II Pronan foi conduzida, de fato, até o final do ano de 1989, porém várias medidas implementadas no contexto do programa constituem ainda parte da política de alimentação e nutrição como vigilância alimentar e nutricional, combate às carências nutricionais e, principalmente, o Programa Nacional de Alimentação Escolar, cujas raízes são antigas na história alimentar brasileira (ARRUDA e ARRUDA, 2007).

Já a era SUS, instituída com a Constituição Federal (CF), publicada no ano de 1988, assume a saúde como direito de todos e dever do estado (art.196 da CF do Brasil). Direito esse que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que promovam a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e reestabelecimento. Assim, em desdobramento e como parte do compromisso com a saúde como dever do Estado, reconheceu-se a alimentação adequada como fator determinante e condicionante da situação de saúde, conforme o artigo 3º da Lei Nº 8080/90, da Lei Orgânica da Saúde, que institui o SUS (JAIME, 2019).

O início da década de 1990 marcou uma mudança nos rumos da política social do Brasil, assim como nos programas de alimentação e nutrição. Para além das ações estatais, a década de 1980 e o início dos anos 1990 também firmaram a consolidação do conceito de SAN no país, herdando todo o histórico das lutas e conquistas sociais em torno da temática no mundo. O termo surgiu oficialmente em 1985, pela elaboração da proposta de Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Plansan), “que visava atender

às necessidades alimentares da população e atingir a autossuficiência na produção de alimentos” (Ipea, 2014).

Ainda na primeira metade da década de 1990, com base nessa perspectiva, foi criado por meio do Decreto nº 807, de 24 de abril de 1993, o Consea- Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, ligado à Presidência da República, sendo composto por representantes de vários ministérios e organizações sociais. A partir do Consea, o governo concretizou um redesenho na estratégia de atuação nessa área, iniciando um método de gestão compartilhada entre governo e sociedade civil para dialogar e construir conjuntamente alternativas, ações, projetos e políticas que visem à garantia da SAN no Brasil” (Pinheiro, 2009). Na sequência da criação do Consea, foi reapresentada e sancionada pelo presidente Itamar Franco (após ser aprovada no Congresso e vetada pelo presidente Collor) a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), com o objetivo de definir as diretrizes para a atuação do Estado em seu dever de garantir o atendimento adequado às necessidades básicas dos indivíduos. Para consolidação dos avanços obtidos e construção de novas plataformas de atuação, foi realizada entre os dias 27 e 30 de julho de 1994 a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar (Ipea, 2014).

O Consea, em 1995, foi substituído pelo Programa Comunidade Solidária, que tinha o intuito de promover estratégias inovadoras de combate à exclusão social e à pobreza partindo da adoção dos princípios de descentralização, parceria, solidariedade e convergência das ações em alimentação e nutrição (VASCONCELOS, 2005).

Pode-se afirmar que as políticas nacionais de alimentação e nutrição no Brasil, em quase um século de história, sofreram impactos significativos nos períodos de transição entre governos, tendo como grande problemática a não caracterização da continuidade de ações na maioria dos Programas, que poderiam ter evoluído e ainda estarem em prática no país. O primeiro período, dos três desta trajetória, demonstra ainda nítida preocupação da intervenção do Estado em suas políticas, ações e estratégias no campo da alimentação e nutrição com programas destinados a trabalhadores vinculados à previdência social e seus familiares em, praticamente, todo o período narrado, em detrimento da população total.

A partir do próximo capítulo, neste percurso histórico, o detalhamento passa a ser específico ao enfoque deste estudo, visto que iniciam as preocupações efetivas através das políticas públicas também com o outro lado da má nutrição, o sobrepeso e a obesidade.

### 7.3 POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS DE AÇÃO DIRETA À PREVENÇÃO E CONTROLE DA OBESIDADE NO BRASIL

A trajetória das políticas públicas com preocupação direta à obesidade é descrita e analisada neste capítulo a partir daquelas que representam os marcos iniciais das principais iniciativas nacionais de prevenção e controle da obesidade, caracterizando o cenário brasileiro no tocante às políticas públicas de prevenção e controle da obesidade no século XXI.

Para o devido enfrentamento da epidemia de obesidade, as políticas, ações e estratégias governamentais precisam proporcionar e garantir ambientes estimuladores, que apoiem e deem as devidas condições mantenedoras de padrões alimentares saudáveis e de realização à atividade física, seja por meio de medidas fiscais, que tornem os alimentos saudáveis mais acessíveis, seja por regulamentação que limite a publicidade de alimentos não saudáveis (principalmente ao público infantil) e de intervenções concretas no espaço urbano que auxilie e promova a prática rotineira de atividade física. Isso se torna possível com ações objetivas, estruturadas e consistentes do poder público em políticas intersetoriais articuladas que possibilitem à população opções para uma vida mais saudável (REIS *et al.*, 2011; PIMENTA, 2015).

Quando o enfoque das políticas públicas infere à relação direta (exclusiva ou não) com a questão da obesidade, faz-se necessário, primeiramente, representar e delimitar o cenário atuante que, no Brasil, está estabelecido atualmente no âmbito do Ministério da Saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Nacional de Segurança alimentar (SISAN).

No âmbito do SUS, a obesidade é abordada como fator de risco e como doença, com ênfase individualizada e relacionada à questão socioambiental, tendo como objetivo principal o da melhoria das práticas alimentares e estímulo à atividade física. No SISAN, o problema é considerado também como questão social de insegurança alimentar e são propostos novos meios de produção, comercialização e consumo de alimentos para alteração das práticas alimentares de modo integrado. Dessa maneira, as propostas do SUS direcionam-se para uma abordagem integrada e intrassetorial da obesidade e as do SISAN ratificam a intersetorialidade em uma perspectiva majorada que desafia as estruturas institucionais setoriais vigentes (DIAS *et al.*, 2017).

No Brasil, as políticas estabelecidas no tocante à obesidade se dividem quanto à origem e proposição primariamente em:

**Âmbito do SUS:**

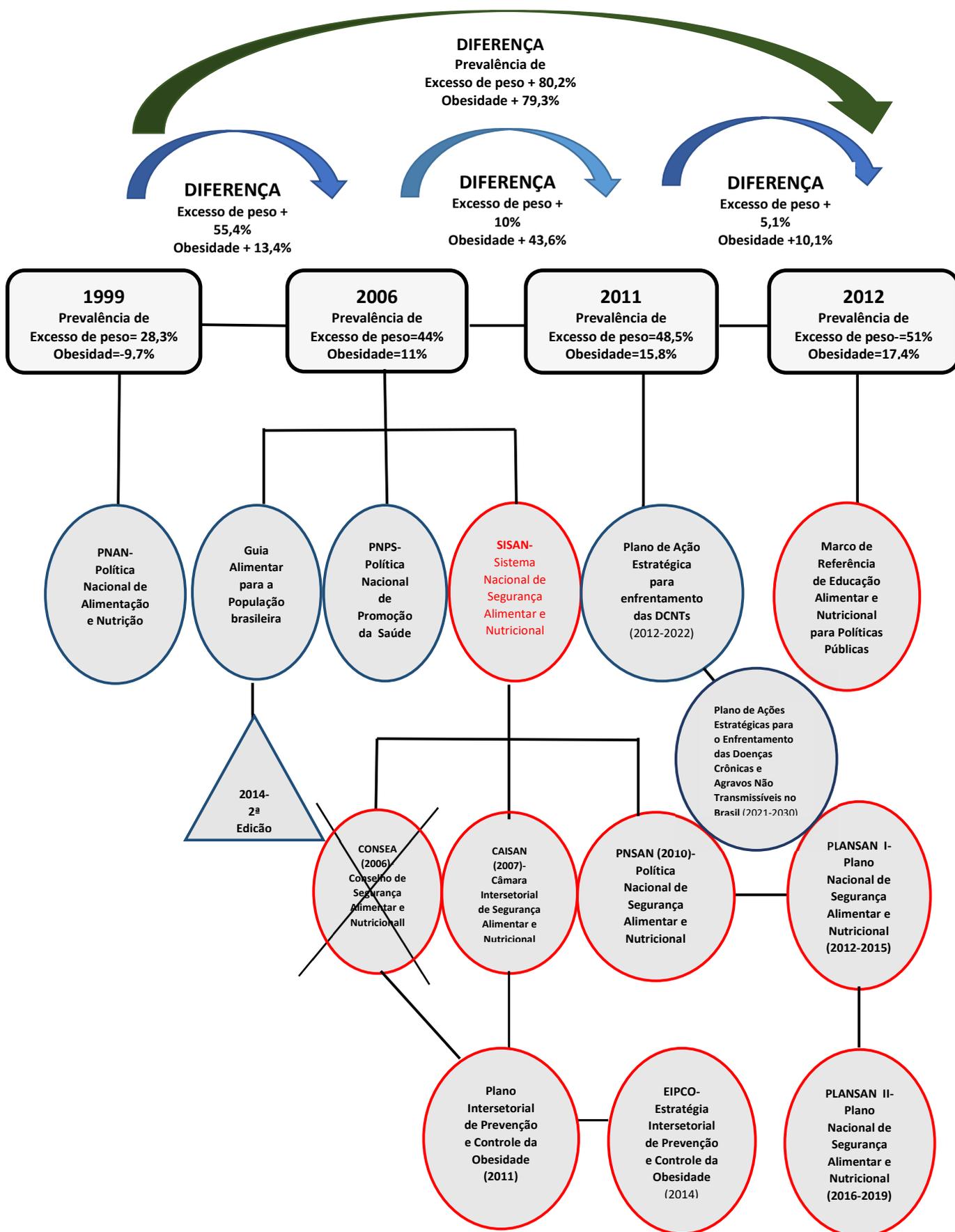
- **PNAN**- Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
- **Guia Alimentar para a População Brasileira**
- **PNPS**- Política Nacional de Promoção da Saúde
- **Plano de Ação-Estratégia para enfrentamento das DCNTs**

**Âmbito do SISAN:**

- **CONSEA**- Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional
- **CAISAN**- Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional
  - Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade
  - **EIPCO**- Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade
- **PNSAN**- Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
  - Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional I e II
- **Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional**

**Abaixo, apresenta-se a Linha do Tempo das políticas brasileiras:**

Fluxograma 2 — Linha "marco-temporal" das políticas públicas relativas à obesidade no Brasil



Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados do Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico- Anos de 2006, 2011 e 2012. Para o ano de 1999 de *Cole et. al* (2000).

\*Dada a inexistência da Pesquisa Vigitel à época.

Em vermelho, medidas no âmbito do SISAN. Em azul, medidas no âmbito do SUS

No Brasil, a obesidade torna-se, de fato, objeto de políticas públicas nos últimos 20 anos quando o Ministério da Saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que é o principal proponente de ações, passa a seguir a tendência internacional de preocupação com o problema. No âmbito geral, as políticas públicas brasileiras de intervenção à obesidade têm suas ações pautadas principalmente na prevenção da doença e ao estímulo a uma vida futura mais saudável, respaldando-se em ações de educação, orientação à alimentação saudável e conscientização da importância da prática de atividade física (PIMENTA *et al.*, 2015).

A contextualização histórica das políticas de alimentação e nutrição, realizada no início deste capítulo, demonstra o quão determinados períodos da história recente brasileira são estratégicos e decisivos para a conjuntura do cenário alimentar estabelecido a partir do final do século XX.

A implantação de políticas com enfoque à obesidade no Brasil se tornou realidade apenas no ano de 1999 com a aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde (Portaria nº 710 de 10 de junho de 1999), da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Criada após diversas consultas a instituições governamentais e não governamentais da área. Revista e publicada no ano de 2003, pelo Ministério da Saúde brasileiro, a PNAN definiu diretrizes para organizar as ações de prevenção e tratamento da obesidade no SUS. Através de uma proposta pioneira no setor, propõe-se assim, tratar um cenário complexo de perfil nutricional, no qual coexistem quadros de desnutrição, deficiência de micronutrientes, excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis nas mesmas comunidades e, não raro, no mesmo domicílio. Trazendo uma série de programas e ações em diferentes vertentes, que vão da promoção da saúde ao cuidado integral aos agravos nutricionais instalados, a PNAN é a primeira política que dá, de fato, o respaldo necessário em termos científicos e epidemiológicos para os avanços da prevenção e enfrentamento da obesidade ao reconhecer a sua natureza multifatorial e de outras DCNTs relacionadas à alimentação e nutrição. (BRASIL, 1999; JAIME *et al.*, 2018).

## **Marco 01**

### **Ano de 1999 --> Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)– O princípio no combate à obesidade**

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi concebida como uma política de caráter interdisciplinar e intersetorial com propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, da vigilância alimentar e nutricional, da prevenção e do cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição sendo parte integrante, assim, da Política Nacional de Saúde e inserindo-se diretamente no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). (BRASIL, 2013).

Jaime e Fernanda (2019) precisamente discorrem que

“A alimentação adequada e saudável é um dos determinantes e condicionantes da saúde e um direito das pessoas e que o reconhecimento desse direito em normas, acordos, declarações e em outros instrumentos é importante para garantir o seu cumprimento pelo Estado e sua exigibilidade pelos indivíduos.”

A saúde é reconhecida como um direito da população no Brasil desde a instituição da Constituição Federal, no ano de 1988. Contudo, o direito à alimentação só foi considerado em 2010, a partir da Emenda Constitucional nº 64 que alterou o artigo 6º da Constituição para a introdução da alimentação como um direito social. A partir desta última década, é notável a atenção especial à gestão intersetorial das políticas públicas com o intuito de promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN).

O conceito de Segurança Alimentar (SA) não é recente, aparecendo no início do século XX, na Europa, logo após a Primeira Guerra Mundial. Durante esse período, se fortaleceu a ideia de que a soberania de um país dependia diretamente da sua capacidade de autossuprimento de alimentos. Nesse contexto, o conceito de SA relacionava-se à segurança nacional e apontava para a necessidade de cada país assegurar meios para suprir a maior parte dos alimentos consumidos por sua população (COSTA, 2012). Tal conceito passou a ser encarado através de um olhar mais abrangente ao longo do século XX, relacionado também pela ideia de alimentação como direito e evoluindo para outro nível, além da garantia da disponibilidade e acesso aos alimentos, ao incorporar questões como

injustiça social, ausência de renda e falta de acesso à terra/território, cultura e sustentabilidade (KEPPLE; SEGALL CORRÊA, 2011). Por tal, a evolução desse conceito acompanhou e segue acompanhando momentos históricos, econômicos e políticos que findam por influenciar na sua construção. Na década de 1990, com a realização da Conferência Internacional de Direitos Humanos (1993) e da Cúpula Mundial de Alimentação (1996), começou-se a vincular a SAN a uma estratégia de promoção do DHAA, Direito Humano à Alimentação Adequada (IPEA, 2002).

No Brasil, o primeiro conceito estabelecido de SAN foi proposto com a publicação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), descrevendo que:

"A segurança Alimentar e Nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (art. 3º. Lei nº 11.346)."

É a LOSAN que institui ainda o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional, o SISAN e passa a garantir através da ordem máxima do Estado, a lei, DHAA, reforçando a interdependência entre o mesmo e a promoção de saúde (Figura 5).

**Figura 5** — A interdependência entre o Direito Humano à Alimentação Adequada e os Determinantes Sociais



Fonte: Material da Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Ceará, 2016

Ao completar uma década de publicação da PNAN, iniciou-se o processo de atualização e aprimoramento das suas bases e diretrizes, na busca por uma resposta objetiva e específica do Sistema Único de Saúde (SUS) na reorganização, qualificação e aperfeiçoamento das ações de Alimentação e Nutrição para o enfrentamento da complexa situação alimentar e nutricional da população brasileira, sendo aprovada assim a 2ª Edição na 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do SUS em outubro de 2011 (Diagrama 1).

**Diagrama 1** — A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e suas versões



Fonte: Elaborado pela autora

A nova versão da PNAN mostra-se articulada com o Plano Nacional de Saúde (PNS) e Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), representando a ligação entre o SUS e o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) (Figura 6). A Política passa a ter o papel de reforçar os princípios que doutrinam e organizam o Sistema Único de Saúde (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação e controle popular), aos quais se somam os princípios da *alimentação* como elemento de humanização das práticas de saúde; respeito à *diversidade* e à *cultura alimentar*; fortalecimento da *autonomia* dos indivíduos às escolhas e práticas alimentares; *determinação social* e a *natureza interdisciplinar e*

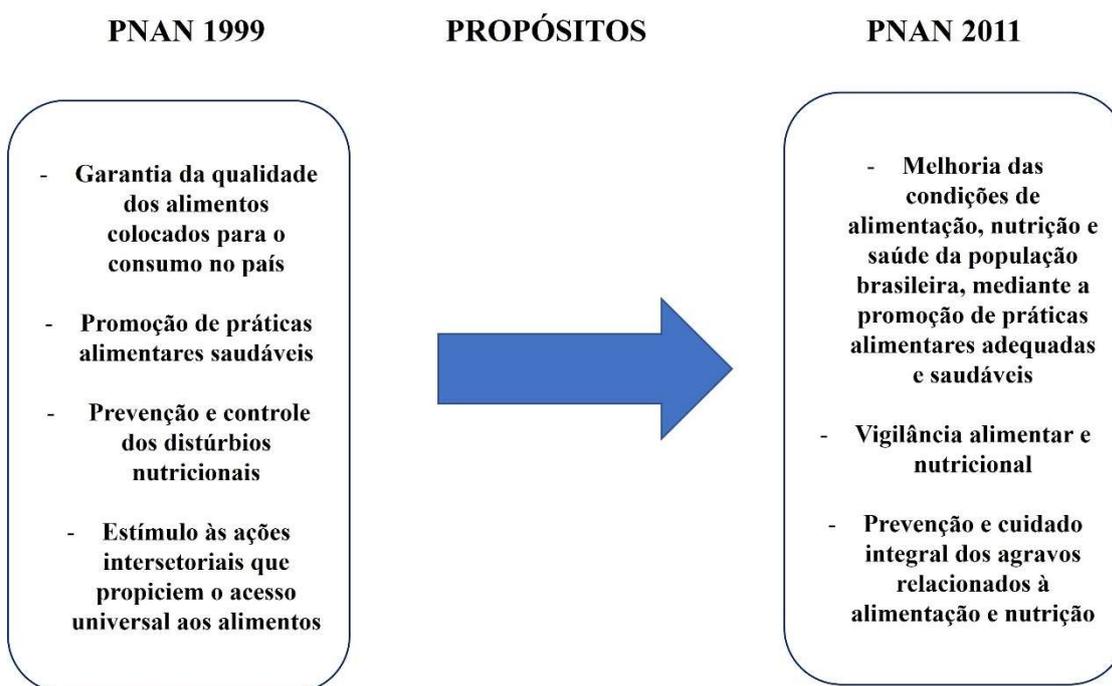
*intersetorial* da alimentação e nutrição e a segurança alimentar e nutricional com soberania.

**Figura 6** — A intrasetorialidade e a intersetorialidade na implantação e regência da Política Nacional de Alimentação e Nutrição



Fonte: Material da Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Ceará, 2016

A PNAN passa a abordar então, de modo mais contundente, a questão da obesidade, trazendo entre seus principais objetivos a promoção de hábitos alimentares saudáveis, melhoria no estilo de vida, disseminação de informações sobre alimentos (principalmente a sua composição) e uma proposta a reaver práticas alimentares tradicionais e regionais, especialmente aquelas de alto valor nutricional (Diagrama 2). A política começa a propor medidas que contribuem, em conjunto, diretamente com a prevenção ou controle da obesidade da população, apresentando um conceito ampliado de alimentação saudável e cuidado integral às doenças relacionadas à alimentação e nutrição, definindo uma série de ações e estratégias para garantia de locais que favoreçam alimentação e estilos de vida saudáveis à população. (BRASIL, 2012; JAIME, 2019).

**Diagrama 2** — As versões da PNAN e os seus Propósitos- 1999 e 2011

Fonte: Elaborado pela autora.

As diretrizes que integram a PNAN indicam as linhas de ações para o alcance do seu propósito, capazes de modificar os determinantes de saúde e promover a saúde da população. São elas: 1-Organização da Atenção Nutricional, 2-Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, 3- Vigilância Alimentar e Nutricional, 4- Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição; 5- Participação e Controle Social; 6- Qualificação da Força de Trabalho; 7- Controle e Regulação dos Alimentos; 8- Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição; 9. Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional. As 2 primeiras ganham destaque nessa análise devido a relação direta no pioneirismo de ação no tocante à questão da obesidade. A Promoção de Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) será abordada também, com maior enfoque, na sequência deste estudo visto ser ainda um dos eixos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

#### 1. Organização da Atenção Nutricional

É a primeira diretriz da PNAN diante do novo cenário alimentar e nutricional com a tendência de aumento de consumo de alimentos ultraprocessados e, assim, importante aumento nos índices de obesidade. Evidencia e estabelece a necessidade de organização

dos serviços de saúde visando a promoção da alimentação saudável assim como o atendimento às demandas geradas pelos agravos à saúde relacionados à má alimentação.

A Atenção Nutricional deve fornecer respostas às demandas e necessidades de saúde locais, considerando as mais frequentes e relevantes, assim como observar critérios de risco e vulnerabilidade ao implantar uma linha de cuidado no contexto do sobrepeso e da obesidade, para que vise o fortalecimento e a qualificação da atenção à população. Para aplicação desta medida são necessárias ações, baseadas sempre na *integralidade* e na *longitudinalidade*, da promoção à alimentação e de práticas de atividades físicas adequadas. O atual cenário epidemiológico e nutricional brasileiro prioriza as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e a obesidade, como tal e transversaliza toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Figura 7).

**Figura 7** — Prioridades da Atenção Nutricional



Fonte: Brasil. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição

## 2. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS)

Visando a promoção da alimentação saudável e o estímulo à reflexão sobre as escolhas alimentares, o Ministério da Saúde criou o Plano de Ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) como uma diretriz da PNAN para Ambientes Institucionais.

Esta diretriz se insere como eixo estratégico da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e enfoca, prioritariamente, a realização de um direito humano básico, que promova acesso às práticas alimentares apropriadas tanto de modo biológico como sociocultural, bem como o uso sustentável do meio ambiente. Dessa maneira, defende que a alimentação adequada e saudável deve estar em acordo com as necessidades de cada ser humano, nas suas diferentes fases durante a vida, considerando as especificidades das necessidades alimentares especiais. Isto posto, defende que deve ser referenciada pela cultura alimentar local, considerando as dimensões de gênero, raça e etnia, sendo harmônica na relação qualidade e quantidade, com maior participação de alimentos básicos na composição alimentar e que estes sejam acessíveis financeiramente, reduzindo conseqüentemente a ingestão de alimentos ultraprocessados (BRASIL, 2021).

*Marco 02 --> A Política Nacional de Promoção da Saúde- PNPS- A busca pela melhoria da qualidade de vida do brasileiro*

Apesar de suas diretrizes terem sido contempladas na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde de 1990, a PNPS só se tornou realidade no país em 2006, quando foi aprovada através da Portaria nº 687, de 30 de março sob o ideal de operar de maneira transversal, a produzir uma rede de corresponsabilidade pela melhoria nas condições e modos de vida, de forma a ampliar as potencialidades individuais e coletivas de saúde, reconhecendo a importância dos condicionantes e determinantes sociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais da saúde no processo saúde-doença. Desse modo, contribui com a mudança do modelo de atenção do SUS e incorpora a promoção à saúde. (BRASIL, 2014).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) brasileira discorre que

"...promoção da saúde é um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intra e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social" (BRASIL, 2014).

A Promoção da Saúde está vinculada à concepção expressa na Carta de Ottawa, documento em que 35 países reconheceram e ratificaram como ações de saúde aquelas que objetivem a redução das suas iniquidades, garantindo oportunidade a todos os

indivíduos para que pudessem optar pelo o que lhes é mais favorável à sua saúde, sendo, assim, protagonistas no processo de produção da saúde e melhoria da qualidade de vida (MALTA e CASTRO, 2009).

Em 2006 se dá o direcionamento para a institucionalização da PNPS no SUS, através da sua aprovação na Comissão Intersetores Tripartite (CIT), a criação de linha de programação orçamentária específica para Promoção da Saúde no Plano Plurianual e sua inserção no Plano Nacional de Saúde. Já entre 2008 e 2010, foram adicionados ao monitoramento de ações de promoção da saúde, os repasses financeiros para projetos ou programas de promoção da saúde, sendo a PNSP incluída na agenda interfederativa através do Pacto Pela Vida, com monitorização dos indicadores sobre a redução da prevalência de sedentarismo na população brasileira (MALTA e CASTRO, 2009 ; MALTA *et al*, 2016).

A Política tem como diretrizes a Equidade, a Informação, Educação e Comunicação, a Integralidade, a Intersetorialidade, a Mobilização e Participação Social, a Responsabilidade Sanitária e a Sustentabilidade e apresenta 6 estratégias, das quais as 3 primeiras estão relacionadas ao controle da obesidade estão descritas abaixo:

- 1- Implantação das recomendações da Estratégia Global de Alimentação Saudável e Atividade Física no país.
- 2- Estímulo à alimentação saudável na perspectiva da segurança alimentar e nutricional contribuindo com as Metas do Milênio para garantir o direito humano à alimentação adequada e com a implementação da Estratégia Global.
- 3- Estímulo à prática de atividade física e de lazer em consonância com a implementação da Estratégia Global.

Como já citada, a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), diretriz da PNAN é também um eixo estratégico da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tendo como enfoque prioritário a realização de um direito humano básico, que proporcione acesso às práticas alimentares apropriadas dos pontos de vista biológico e sociocultural, bem como o uso sustentável do meio ambiente. É defensor, desse modo, que a alimentação adequada e saudável deve estar em acordo com as necessidades de cada ser humano, nas suas diferentes fases durante a vida, considerando as especificidades das necessidades alimentares especiais. Isto posto, infere que deve ser referenciada pela cultura alimentar local, considerando as dimensões de gênero, raça e etnia, sendo harmônica na relação qualidade e quantidade, com maior participação de alimentos

básicos na composição alimentar e que estes sejam acessíveis financeiramente, reduzindo consequentemente a ingestão de alimentos ultraprocessados (BRASIL, 2021).

A PAAS objetiva apoiar estados e municípios no desenvolvimento da promoção e proteção à saúde da população, proporcionando um pleno potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. Muito além, demonstra a preocupação com a prevenção e o cuidado pleno dos agravos relacionados à alimentação e nutrição como a prevenção das carências nutricionais específicas, desnutrição, contribuindo para a redução da prevalência do sobrepeso e obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis, contemplando ainda necessidades alimentares especiais como, por exemplo, doença falciforme, hipertensão, diabetes, câncer e doença celíaca (REDE NUTRI, 2015).

Este eixo da PNS tinha aporte financeiro para projetos e programas de promoção da saúde, como a implantação de núcleos de promoção da saúde e de promoção de atividade física e alimentação saudável. Entre 2006 e 2010, foram repassados cerca de R\$ 171 milhões para as Secretarias Estaduais de Saúde e para 1.500 Secretarias Municipais de Saúde de todas as regiões do país que integraram a Rede Nacional de Promoção da Saúde. Tais ações também foram inseridas em 2011 no Plano Nacional de Saúde (2011-2015) e no Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde (2011-2015), com destaque para o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a implantação do Programa Academia da Saúde e a expansão do Programa Saúde na Escola (MALTA e CASTRO, 2009; SZWARCOWALD et al, 2014).

A partir de 2011, foram inseridas outras modalidades de repasse de recurso, visando ações continuadas, sustentáveis e universais. Quanto à promoção de atividade física e práticas corporais, por exemplo, foi definida a implantação do Programa Academia da Saúde, com recursos financeiros providos do Piso Variável em Vigilância e Promoção da Saúde – PVPVS, e do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável – da Secretaria de Atenção da Saúde para construção dos polos do programa e custeio de suas atividades além de apoiados programas considerados semelhantes ao Programa Academia da Saúde. Outras modalidades de financiamento para o Programa Saúde na Escola (PSE) já haviam sido definidas a partir de 2008. Contudo, com a ampliação dos critérios para adesão ao Programa, o PSE passou de quase 2 milhões de estudantes beneficiados em 2008, para 18,7 milhões em 2013, com adesão de mais de 90% dos municípios brasileiros. Em 2014, o montante financeiro destinado para o PSE foi de R\$ 71 milhões (BRASIL, 2013, MALTA et al, 2016).

Relacionadas à questão da obesidade, são temáticas prioritárias da PNPS:

- Alimentação saudável e adequada
- Formação e educação permanente
- Práticas corporais e atividade física
- Promoção do desenvolvimento sustentável

A alimentação saudável e adequada é um determinante e condicionante da saúde além de um direito inato de todas as pessoas, sendo um eixo estratégico da PNPS e a uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) como já mencionado. Garantir a Segurança Alimentar e Nutricional implica em uma adesão conjunta de políticas públicas, dentre as quais a PNPS e a PNAN têm papel fundamental.

Os alimentos ultraprocessados vêm ganhando cada vez mais espaço na mesa do brasileiro por diversos motivos, mas o principal, sem dúvidas, é o da “praticidade” que apresentam. São alimentos prontos para aquecer ou comer. E muitos ainda são fortemente propagados como fontes saudáveis ou incitam à população a acreditar nessa falácia. Eles garantem, à rotina alimentar, conveniência e onipresença, estimulada por um marketing cada vez mais agressivo. São produtos de composição nutricional desequilibrada ou nula que apresentam excesso de gorduras, saturada e trans, sódio e/ou açúcar e baixíssimo teor de vitaminas, fibras e minerais (JAIME, 2019).

A política defende que a alimentação seja baseada em práticas produtivas sustentáveis com quantidade inexpressível ou mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos (orgânicos), diversificando ações que visam promoção, apoio e proteção através de um conjunto de estratégias que devem proporcionar aos indivíduos a realização de práticas alimentares apropriadas aos seus aspectos econômicos, biológicos e socioculturais, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. São exemplos:

As Cantinas Escolares Saudáveis que tem o objetivo de contribuir para escolhas alimentares mais saudáveis pelos alunos, por meio da substituição da comercialização de alimentos não saudáveis por preparações saudáveis. A campanha de incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras cujo intuito é promover e incentivar o consumo de frutas, legumes e verduras pela população por meio da sensibilização dos agentes de abastecimento, as Centrais Estaduais de Abastecimento (CEASA), o Programa Peso Saudável que visa prevenir o ganho de peso entre trabalhadores, incentivando a adoção de uma rotina de automonitoramento do peso e estimulando práticas alimentares mais

saudáveis, tornando também a atividade física parte da rotina do trabalhador, podendo ser implantado aos funcionários em qualquer instituição pública ou privada e o Guia Alimentar para a População Brasileira, documento de referência no campo da alimentação e nutrição que será tratado na sequência desta análise (CAISAN, 2014).

Já a temática da atividade física, no contexto da PNPS, foi catapultada a partir de 2005, e dentre as ações destacam-se:

a) Organização da Vigilância de fatores de risco e proteção de doenças crônicas, permitindo o monitoramento de indicadores da prática de atividade física por meio de inquéritos populacionais como, a partir de 2006, o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para DCNT (VIGITEL); o suplemento de saúde da PNAD (2008); a primeira edição da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) em 2009, o que possibilitou o monitoramento contínuo de indicadores de atividade física e a indução de ações de promoção à saúde;

b) Ações de comunicação como a celebração dos dias mundiais da Atividade Física e da Saúde, anualmente, sempre na primeira semana de abril;

c) Financiamento de projetos de atividade física em cerca de 1.500 municípios, entre os anos 2005 e 2010;

d) Avaliações dos programas de prática de atividade física existentes em municípios do Brasil, como Recife, Curitiba, Belo Horizonte, Aracaju e Vitória; e na América Latina, por meio do Projeto Guia Útil de Avaliação em Atividade Física (GUIA), que conta com a parcerias nacionais e internacionais. O Programa Academia da Saúde é resultado das avaliações e evidências acumuladas, constituindo um modelo sólido de intervenção nacional em promoção da saúde. Com o intuito de contribuir para a equidade no acesso à produção do cuidado e modos de vida saudáveis em espaços qualificados, era constituído de equipamentos da atenção básica em saúde que tem as práticas corporais e atividade física como um eixo central de suas ações, mas também incluía as demais ações de promoção da saúde, como alimentação saudável (MALTA *et al*, 2016).

Através da PNPS foram dispensados generosos esforços para a promoção da saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) no SUS, bem como inúmeras articulações intersetoriais, destacando, entre elas

a) Interlocação com as redes regionais de atenção à saúde (RAS);

b) Acompanhamento sistemático das condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), realizado pelas equipes de Atenção Básica de todo o país;

c) Conjunto de ações desenvolvidas no escopo do Programa Saúde na Escola (PSE), pela parceria das equipes de Atenção Básica com os profissionais de educação;

d) Ações estratégicas para o aumento do consumo de frutas e hortaliças, redução do consumo de sal, com negociação e pactuação com o setor produtivo de alimentos. O setor produtivo era representado pela Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação (ABIA), para a redução do teor de sódio em alimentos processados de maneira gradual, voluntária e por meio de metas bianuais, cabendo ao Ministério da Saúde o monitoramento dos resultados dos dois primeiros termos de compromisso. Houve redução do teor médio de sódio em todas as categorias analisadas, com cumprimento das metas pactuadas de 80 a 99% (NILSON, 2020).

e) Publicação das diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

f) Guia Alimentar para a População Brasileira, que trouxe novos paradigmas sobre a necessidade de compreensão das práticas alimentares no contexto do sistema alimentar e de forma coerente com atual estágio da transição nutricional (PRATT, 2010; MONTEIRO *et al.*, 2015; MALTA *et al.*, 2016).

Em 2014, a Portaria nº 2.446 de 11 de novembro, promove a redefinição da PNPS, definindo em sua base a ampliação do conceito de saúde ao reconhecer a importância dos condicionantes e determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença (MALTA *et al.*, 2018). Para o enfrentar a obesidade, na conjuntura nacional, se faz necessário aplicar os princípios, valores e diretrizes da PNSP, voltados à construção de habilidades individuais para escolhas mais saudáveis e para o fortalecimento de sistemas alimentares locais, os quais ofertam alimentos *in natura* com melhor qualidade nutricional e incentivam práticas corporais e atividades físicas, que têm na atenção básica o seu *locus* estratégico.

**Marco 03 --> Guia Alimentar para a População Brasileira**

Um Guia alimentar deve ser produzido considerando a cultura, economia, condições de saúde e nutrição, disponibilidade de alimentos e acesso a estes, constituindo um documento oficial que aborda as diretrizes e recomendações para a alimentação saudável com vista à promoção da saúde (FREIRE et al., 2012)

O Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado em 2006 e atualizado em 2014, é o documento do Ministério da Saúde que apresentou as primeiras diretrizes alimentares oficiais para a População. O processo de atualização do Guia Alimentar começou em 2011 e contou com a colaboração técnica do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo, o Nupens. Elaborado para ser um instrumento de apoio e incentivo à promoção da saúde e de práticas alimentares saudáveis e sustentáveis no âmbito individual e coletivo, o Guia Alimentar voltado à cultura alimentar brasileira, também foi criado com o propósito de subsidiar a elaboração de políticas, programas e ações voltadas à saúde e à segurança alimentar e nutricional da população. É uma das estratégias para a implementação da diretriz de promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS) (Figura 8), que integra a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Política Nacional de Promoção da Saúde do Sistema Único de Saúde.

**Figura 8** — Diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição



Fonte: BRASIL, 2012

Destacando o risco causado pela ingestão de alimentos com alta densidade energética e elevados teores de gorduras, açúcar e sal na configuração da obesidade e

DCNTs, a primeira versão do documento<sup>11</sup> (2006) trouxe o conceito de segurança alimentar e nutricional e recomendava medidas combativas ao ambiente “obesogênico”, como, por exemplo, a regulamentação da publicidade de alimentos. Com a atualização, o guia alimentar de 2014 remodelou o setor saúde na abordagem da questão alimentar, ampliando o diálogo entre SUS e SISAN e considerando a promoção da alimentação adequada e saudável como parte da construção de um sistema alimentar sustentável, destacando condicionantes da alimentação, desde a produção até o consumo (MONTEIRO et al., 2015).

O Guia apresenta a classificação dos alimentos segundo o grau de processamento, sugerindo que se limite, reduzindo o consumo de alimentos processados e se evite o consumo de ultraprocessados. Conforme o seu idealizador, o professor e pesquisador Carlos Monteiro, é um instrumento de perspectiva inovadora, que se opõe a recomendações alimentares centradas em nutrientes (o paradigma do nutricionismo) e utiliza como parâmetro a classificação NOVA, a qual organiza os alimentos segundo o propósito e a extensão do processamento e não de acordo com o tipo de nutriente predominante no alimento. O processamento de um alimento tem impacto social e cultural, influenciando o contexto (quando, onde, com quem), com quais outros alimentos e em que quantidade ele será consumido. Além disso, demonstra a importância do impacto ambiental causado pelo tipo de processamento utilizado. Na classificação NOVA, os alimentos são categorizados em quatro grupos: *In natura* e minimamente processados, Ingredientes culinários, Processados e Ultraprocessados (MONTEIRO et al., 2015).

Segundo o Nupens, da Faculdade de Saúde Pública da USP, a segunda edição do Guia Alimentar não tem o objetivo de ser um instrumento prescritivo, ou seja, de estabelecer regras através de dietas, ou determinar, por exemplo as porções ou a quantidade necessária de alimento para uma refeição saudável mas sim dar enfoque para

---

<sup>11</sup>Os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009 em que mais de 30 mil brasileiros, de todas as regiões, com 10 anos ou mais de idade tiveram sua alimentação analisada foram essenciais no desenvolvimento das orientações do Guia Alimentar. Os resultados mostraram que alimentos in natura ou minimamente processados e preparações culinárias elaboradas com esses ingredientes apresentam composição nutricional superior à de alimentos processados ou ultraprocessados e correspondem a quase dois terços da alimentação dos brasileiros em termos de calorias consumidas. Apenas 1/5 dos brasileiros chegam a obter 85% ou mais do total das calorias diárias de alimentos in natura e minimamente processados, valor que se aproxima das recomendações nutricionais da Organização Mundial da Saúde. Foram justamente as refeições desses brasileiros que nortearam a eleição dos exemplos de pratos saudáveis (café da manhã, almoço e jantar) apresentados no Guia Alimentar (GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA, 2014).

a qualidade da comida, trazendo também recomendações sobre outros aspectos, geralmente negligenciados nos momentos de escolha alimentar como a origem do alimento e se o mesmo é fruto de um sistema alimentar cultural e ambientalmente sustentável. A Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) do Ministério da Saúde, o Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde (Nupens) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) colaboraram do ponto de vista técnico para o desenvolvimento da publicação (Figura 9).

**Figura 9** — Etapas de reformulação do Guia Alimentar para a População Brasileira



Fonte: BRASIL, Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição, 2014

Através de uma linguagem direta e muito didática, está organizado em cinco capítulos: 1-Princípios, 2- A escolha dos alimentos, 3- Dos alimentos às refeições, 4- O ato de comer e a comensalidade e 5- A compreensão e a superação de obstáculos.

No primeiro, apresenta cinco seus princípios norteadores além de reconhecer e considerar - o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional e do Marco de Referência da Educação Popular para as Políticas Públicas-. Eles descrevem que:

- 1-A alimentação é mais que ingestão de nutrientes,
- 2- As recomendações sobre alimentação devem estar em sintonia com seu tempo,

3- A alimentação adequada e saudável deriva de sistema alimentar social e ambientalmente sustentável,

4- Diferentes saberes geram o conhecimento para a formulação de guias alimentares e que

5- Guias alimentares ampliam a autonomia nas escolhas alimentares.

Através desses princípios, o Guia faz recomendações que orientam para a escolha de alimentos que componham refeições nutritivamente balanceadas, saborosas e culturalmente apropriadas, além de serem, ao mesmo tempo, promotoras de sistemas alimentares social e ambientalmente sustentáveis. Assim, o documento promove uma inflexão na abordagem das questões alimentares no âmbito do SUS.

No Brasil, os guias alimentares têm um papel estratégico na indução de políticas públicas de alimentação e nutrição e na garantia do direito humano à alimentação e à soberania alimentar. Ao adotarem uma abordagem qualitativa e orientada pelo grau de processamento dos alimentos, os guias induzem, de forma consciente, uma concepção que visa, acima de tudo, à garantia da saúde e nutrição da população brasileira e supera, conseqüentemente, a ideia reducionista de serem apenas uma fonte para ações de educação alimentar e nutricional (BORTOLINI et. al. 2019).

Segundo a WHO e a FAO (1998)

“As diretrizes alimentares são definidas como a expressão dos princípios da educação nutricional na forma de alimentos sendo uma forma prática de atingir as metas nutricionais estabelecidas para a população, levando em consideração fatores sociais, econômicos e culturais, bem como o ambiente físico e biológico. O objetivo das diretrizes dietéticas é educar a população e orientar as políticas nacionais de alimentação e nutrição, bem como a indústria de alimentos.”

#### ***Marco 04 --> O Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional- SISAN- Estabilidade, descentralização e intersetorialidade***

“O SISAN tem por objetivos formular e implementar políticas e planos de segurança alimentar e nutricional, estimular a integração dos esforços entre governo e sociedade civil, bem como promover o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da segurança alimentar e nutricional do País (art 10º. Lei 11.346/2006).”

No ano de 2006, instituiu-se o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), responsável pela organização das ações implementadas por diferentes ministérios, abrangendo desde a produção até o consumo de alimentos. O SISAN se constitui como o mecanismo que prima pela estabilidade e seguimento das políticas, ações e estratégias através das suas diretrizes. O Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) integrava o SISAN assim como as Conferências Nacionais e a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN).

O SISAN é um sistema que realiza a discussão participativa das políticas por meio de conferências nacionais e é responsável pela implementação e pela gestão participativa da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional em âmbito federal, estadual e municipal.

### **I- O Consea**

Criado no início da década de 1990, mais precisamente em 1993, pelo então presidente Itamar Franco, o Consea era um órgão consultivo diretamente ligado à Presidência da República cuja atribuição era a de promover a articulação entre governo e sociedade civil no intuito de elaborar diretrizes para a política de SAN para a formulação de políticas e orientações relacionadas à efetivação do direito humano à alimentação. Representava um ambiente de participação ativa da sociedade civil na formulação e avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e nutricional. O Consea foi revogado no governo Fernando Henrique Cardoso com a criação do Programa Comunidade Solidária e reorganizado novamente em 2003, no primeiro governo Lula. Todavia, foi extinto no primeiro dia do governo Bolsonaro (BRASIL, 2019).

Um dos pilares do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), o Consea congregava representantes de diferentes setores da sociedade brasileira que representam distintos temas e territórios. O órgão sempre esteve voltado para as populações mais vulneráveis do ponto de vista econômico, social e nutricional, especialmente os agricultores familiares, os povos indígenas e os povos e comunidades tradicionais, as populações que vivem nas periferias das cidades, com recorte de gênero, etnia e de geração. A atuação do Conselho foi importante na garantia de avanços significativos para população, como a inclusão da Alimentação como um direito na Constituição Federal; a aprovação da Política e do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; o Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar (PAA); o aperfeiçoamento da Lei de Alimentação Escolar, ao determinar que pelo menos 30% da compra de alimentos sejam da agricultura familiar; a aprovação da Política

Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (PNAPO) e o Plano Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (Planapo) (PIERRE e BONOMO, 2019).

O Brasil alcançou reconhecimento internacional na área e se tornou referência para inúmeros países. Em 2016, publicação de um renomado painel de especialistas em Nutrição Global – *The Global Nutrition Report Stakeholder Group* – apontou os fatores que explicam o protagonismo brasileiro na agenda de Segurança Alimentar e Nutricional, sendo eles: o ativismo de organizações não governamentais e de movimentos sociais, a produção e uso de dados e indicadores de segurança alimentar e nutricional e, por fim, a criação do Consea como espaço de governança, engajamento e diálogo independente entre Governo e Sociedade Civil.

## **II- A Caisan**

Já a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional, a Caisan, foi criada, no âmbito do SISAN, pelo decreto nº 6.273 de 23 de novembro de 2007 tendo como finalidade a promoção da articulação e da integração dos órgãos que trabalham com SAN, para elaboração do Plano Municipal de SAN e efetivação do acompanhamento, monitoramento dos resultados e aplicação dos recursos, como também avaliação dos impactos do plano. É responsável por diversas estratégias no âmbito do enfrentamento à obesidade.

O Decreto nº 6.273/2007 dispõe em seu art. 2º que compete à CAISAN:

I- elaborar, a partir das diretrizes emanadas do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA: a) a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, indicando as suas diretrizes e os instrumentos para sua execução; e b) o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, indicando metas, fontes de recursos e instrumentos de acompanhamento, monitoramento e avaliação de sua execução;

II - coordenar a execução da Política e do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, mediante: a) interlocução permanente entre o CONSEA e os órgãos de execução; b) acompanhamento das propostas do plano plurianual, da lei de diretrizes orçamentárias e do orçamento anual;

III - monitorar e avaliar, de forma integrada, a destinação e aplicação de recursos em ações e programas de interesse da segurança alimentar e nutricional no plano plurianual e nos orçamentos anuais;

IV - monitorar e avaliar os resultados e impactos da Política e do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; V - articular e estimular a integração das políticas e dos planos de suas congêneres estaduais e do Distrito Federal;

VI - assegurar o acompanhamento da análise e encaminhamento das recomendações do CONSEA pelos órgãos de governo, apresentando relatórios periódicos;

VII - definir, ouvido o CONSEA, os critérios e procedimentos de participação no SISAN; e

VIII - elaborar e aprovar o seu regimento interno.

Assim, a Câmara era um órgão completamente atrelado ao Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, fazendo com que após a extinção do Consea, a Caisan passe a existir apenas de modo figurativo e todos os avanços obtidos na implantação de uma política sólida estatal estejam por serem descartados. A Caisan emitia, a cada dois anos, um relatório detalhado sobre a execução de cada um dos programas previstos no Plansan, apontando os percalços e as perspectivas. Com a sua, praticamente, inatividade, as políticas de SAN não são mais controladas.

As propostas intersetoriais de enfrentamento da obesidade demonstram uma nova inflexão na concepção do problema. Esta mudança teve impulso pela consolidação da PSAN, quando a Caisan desenvolveu o Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade que subsidiou a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: Recomendações para Estados e Municípios (EIPCO). Sua implementação é complexa, pois norteia que as políticas de segurança alimentar e nutricional e alimentação e nutrição vinculem a garantia do acesso aos alimentos com a adequação de toda a cadeia alimentar e reafirmem o papel do Estado na proteção à saúde por meio de funções regulatórias e mediadoras das políticas públicas setoriais.

--> *Do Plano ao Produto- O Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade e a EIPCO- Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: “Promovendo modos de vida saudáveis para a população brasileira”*

Em 2011, no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), foi criado um comitê intersetorial para discutir ações de Prevenção e Controle da Obesidade. Além dos ministérios da Câmara, fazem parte do Comitê, o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) e a Organização Pan Americana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde do qual nasceu o

Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade. Dada a importância de se ampliar e fortalecer meios de produção de alimentos de bases mais sustentáveis e pelo crescente aumento da obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis, O Plano subsidiou a elaboração da Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade-EIPCO, responsável por subsidiar a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: Recomendações para Estados e Municípios. Sua implementação é complexa, a qual reúne diversas ações do Governo Federal que contribuem para a redução do sobrepeso no país propondo que as políticas de segurança alimentar e nutricional e alimentação e nutrição passem a vincular a garantia do acesso aos alimentos com a adequação de toda a cadeia alimentar e reforcem, assim, o papel do Estado na proteção à saúde por meio de funções regulatórias e mediadoras das políticas públicas setoriais (BRASIL, 2014; DIAS et al, 2016).

A EIPCO articula uma atuação conjunta dos diferentes níveis de governo, através de ações intersetoriais e participação social, para promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física no ambiente que se vive (BRASIL, 2014).

A Estratégia é fundamentada em seis grandes eixos de ação. Entre as metas estabelecidas estão reduzir em pelo menos 30% o consumo regular de refrigerante e suco artificial (de 20,8% para 14% ou menos da população) e ampliar em no mínimo 17,8% (de 36,5% para 43%) o percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente. Dentro de cada eixo a EIPCO promove suas ações, as políticas públicas de prevenção e controle à obesidade. Os seus eixos dispõem sobre:

1) A disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis- As ações deste eixo estão relacionadas à Agricultura Familiar, ao Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), ao Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e aos Equipamentos Públicos de Segurança Alimentar e Nutricional.

2) As ações de educação, comunicação e informação- São exemplos de Implementação da agenda pública do “Marco de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas” e a Divulgação da nova versão do “Guia Alimentar para a População Brasileira

3) A promoção de modos de vida saudáveis em ambientes específicos- Trata das mudanças estruturais, essencialmente nos espaços institucionais e urbanos, voltadas à promoção da alimentação adequada e saudável, atividade física e acesso a espaços públicos de lazer. A escolas, os ambientes de trabalho - na rede sócio assistencial - nas redes de atenção à saúde estão contemplados.

4) A Vigilância Alimentar e Nutricional- Recomenda o monitoramento de práticas alimentares de todas as fases do ciclo da vida, como o aleitamento materno, a introdução de novos alimentos, o consumo de macronutrientes e de energia, incluindo dados tanto de ingestão alimentar como de despesas familiares, a qualidade da alimentação quanto ao consumo de frutas e hortaliças, gorduras (trans e saturadas), sódio, açúcares livres e nível de atividade física.

5) A atenção integral à saúde do indivíduo com sobrepeso/obesidade na rede de saúde- A organização de ações integradas e interdisciplinares se justifica como prática efetiva no tratamento da obesidade diante da compreensão que modificações nos hábitos de vida não devem advir de um processo de normatização e muito menos de culpabilização do indivíduo, ou da família e da mãe. • Linha de Cuidado de Prevenção e Tratamento do Sobrepeso e Obesidade: Foi publicada a Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes da organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.

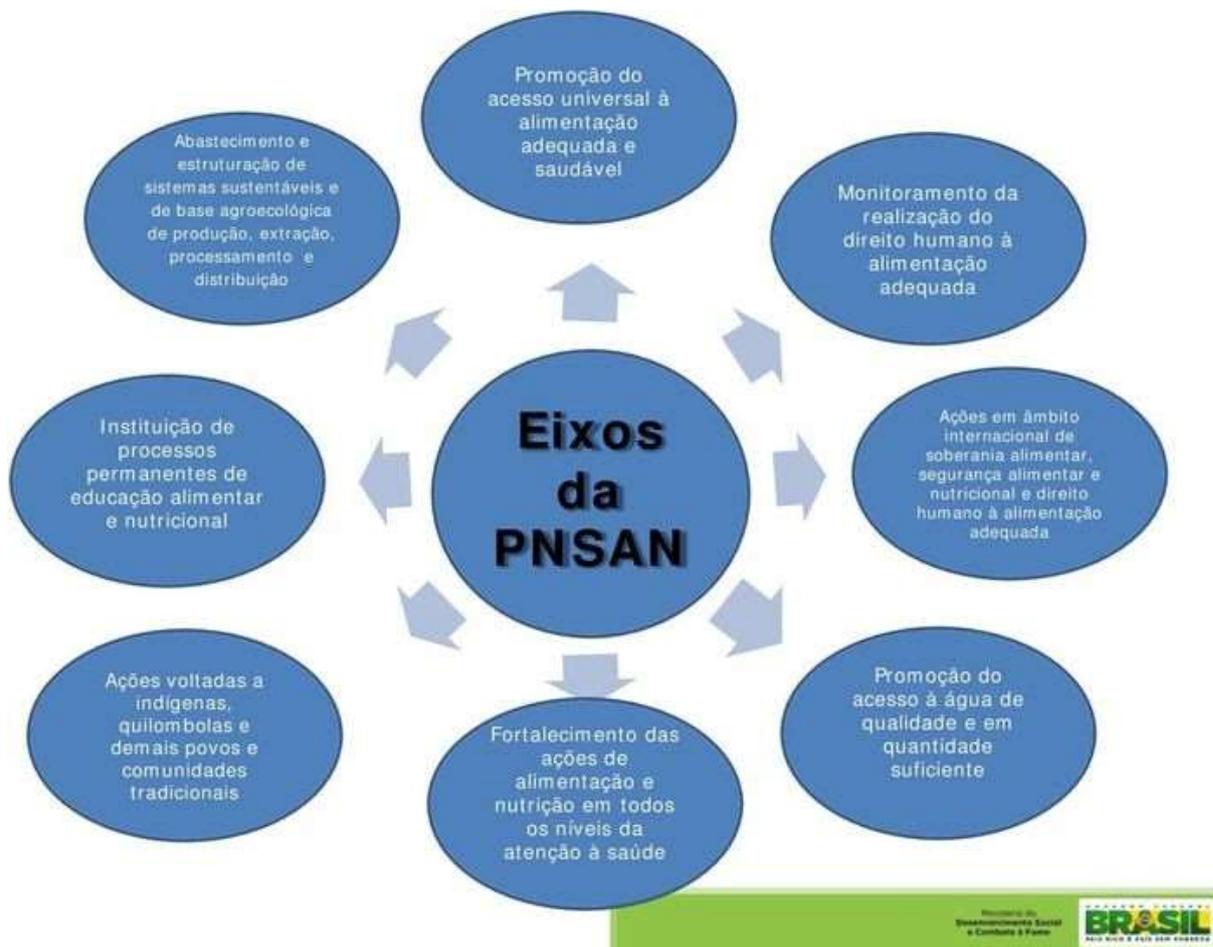
6) A regulação e controle da qualidade e inocuidade de alimentos- Além de garantir acesso a alimentos básicos e minimamente processados é necessário que esses alimentos estejam em condições ideais de consumo com vistas à qualidade sanitária e à inocuidade. Monitoramento dos teores de sódio, açúcares e gorduras em alimentos processados são realizados pela ANVISA além de realizados acordos e parcerias com o setor produtivo, definindo metas para reformulação de alimentos processados, tais como a redução do teor de sódio, gorduras e açúcares e com previsão de aprimoramento das normas de rotulagem de alimentos embalados para melhorar a visibilidade e legibilidade, facilitando o acesso à informação pelo consumidor, tendo como referência as normas do *Codex Alimentarius*.

A EIPCO pode ser considerada produto de uma nova institucionalidade e de um novo modo de operar a política, em parte relacionado com o SISAN na perspectiva de integração de ações e da intersetorialidade. O deslocamento de pauta para estados e municípios tanto pode significar um movimento de aproximação com as diferentes realidades locais de gestão, como refletir dificuldades enfrentadas para organizar uma estratégia articulada, conjunta e intersetorial em nível nacional (BRASIL, 2014).

--> *A Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional- PNSAN (2010)*

A Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), criada pelo Decreto 7.272 de 25 de agosto de 2010, pode ser considerada como o ápice da consolidação da Segurança Alimentar e Nutricional no âmbito da agenda pública no Brasil. A PNSAN tem objetivo central a garantia da SAN e 8 eixos que norteiam a implementação da política (Figura 10)

**Figura 10** — Os 8 eixos da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional



Fonte: BRASIL, 2012

A PNSAN tem como atores o governo, a sociedade civil e instituições do setor privado, que devem incorporar os seus princípios e diretrizes e atuar de modo articulado no SISAN. O protagonismo é da sociedade civil alinhando-se ao processo marcado pela reivindicação social da qual se deriva a política. A participação social, a intersetorialidade e a descentralização são princípios norteadores da política.

As políticas no âmbito da alimentação, nutrição e saúde com implementação nas últimas 2 décadas têm se mostrado como base na atuação em múltiplas dimensões, consolidando cada vez mais a PNSAN, conforme determina a LOSAN que traz como funções da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional o planejamento, a coordenação, a definição de estratégias e o monitoramento em conjunto de ações estruturantes-emanipadoras ao se trabalhar com as causas culturais, socioeconômicas, políticas e ambientais cujo propósito é de que sejam assumidas pelos beneficiários do abastecimento agroalimentar, gerando equidade e ações emergenciais que visam atender os grupos que carecem de suprimento alimentar imediato fornecido pelo Estado.

Observa-se que as ações que pretendem afetar os condicionantes relacionados com os processos de produção, comercialização, acesso e consumo de alimentos de forma integrada situam-se no âmbito da PNSAN, onde foram construídas novas abordagens de prevenção e controle da obesidade e é evidente que a sua abordagem intersetorial nesses processos afeta potencialmente interesses de setores em que as práticas não sejam alinhadas ao Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

O Ministério da Saúde, em fevereiro de 2013, através da publicação da Portaria nº 252/GM/MS, instituiu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (atualizada pela portaria nº 483/GM/MS, de 02 de abril de 2014). Com base nesta portaria, foi publicada a Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes da organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Em âmbito hospitalar, foi publicada a Portaria nº 425 GM/MS, na mesma data, que estabelece regulamentação técnica, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, que determina que a cirurgia bariátrica é custeada pelo Ministério da Saúde (BRASIL Ministério da Saúde, 2012-2013).

--> *Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Plansan): I e II*

## I PLANSAN

Através do mesmo Decreto que instituiu a PNSAN foram estabelecidos os parâmetros orientativos para o I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, o I Plansan 2012-2015 foi elaborado em 2011 orientado pelo resultado da IV CNSAN (Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional). Criado pela Câmara

Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan) teve o propósito de consolidar os programas e as ações relacionadas às diretrizes da Política Nacional de SAN. O I Plansan formulou um conjunto de dez desafios, desdobrados em oito diretrizes. Para cada um foram definidos objetivos, metas e iniciativas, que corresponderiam, em cerca de 70%, ao Plano Plurianual 2012-15. Porém, revisado em 2013, os objetivos foram reduzidos de 43 para 38 e as metas, de 330 para 144, alteração esta motivada pela constatação de que o excesso de objetivos prejudicaria o monitoramento. Ainda assim, foi criado um sistema de monitoramento semestral, o Sisplansan, através do qual os órgãos devem informar sobre a execução de suas metas (BRASIL, 2011).

#### São diretrizes do PLANSAN I

Diretriz 1 – Promoção do Acesso Universal à Alimentação Adequada e Saudável

Diretriz 2 – Promoção do Abastecimento e Estruturação de Sistemas Descentralizados, de Base Agroecológica e Sustentáveis de Produção, Extração, Processamento e Distribuição de Alimentos

Diretriz 3 – Instituição de Processos Permanentes de Educação Alimentar e Nutricional, Pesquisa e Formação nas Áreas de Segurança Alimentar e Nutricional e do Direito Humano à Alimentação Adequada

Diretriz 4 – Promoção, Universalização e Coordenação das Ações de Segurança Alimentar e Nutricional voltadas para Povos e Comunidades Tradicionais

Diretriz 5 – Fortalecimento das ações de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção à saúde

Diretriz 6 – Promoção do Acesso Universal à Água de Qualidade e em Quantidade Suficiente

Diretriz 7 – Apoio a iniciativas de promoção da soberania alimentar, segurança alimentar e nutricional e do DHAA em âmbito internacional e em negociações internacionais

Diretriz 8 – Monitoramento da Realização do Direito Humano à Alimentação Adequada

Através da definição de metas, objetivos e desafios além da atribuição de responsabilidades aos diferentes órgãos e entidades da União, o primeiro Plansan buscou consolidar as diretrizes da PNSAN, com ênfase na intersetorialidade (BRASIL, 2011).

Ao se fazer análise do I Plansan, percebe-se que ainda havia muitos desafios importantes da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional a serem superados, como a insegurança alimentar e nutricional de povos indígenas e comunidades tradicionais, o aumento do sobrepeso e obesidade e a melhoria da qualidade da alimentação da população brasileira, entre outros. No tocante à obesidade, o sobrepeso e a obesidade aumentam em todas as classes sociais no período. Nas Diretrizes 3 e 5 do PLANSAN 2012/2015 organizam-se as ações para a melhoria da qualidade da alimentação da população e o enfrentamento dos problemas nutricionais, das doenças associadas e de seus determinantes no país (BRASIL, 2013).

Para qualificar a atuação da CAISAN, foram criados 11 comitês técnicos (CT) desde 2009, com objetivos diversos, entre eles o CT 06 (2011)- elaboração do Plano Intersetorial para Prevenção e Controle da Obesidade e em 2013 foi instituído o Comitê Gestor de prevenção e controle da obesidade (BRASIL, 2013).

- Ações do Ministério da Saúde voltadas à Promoção da Alimentação Adequada e Saudável e à Prevenção e Controle do Excesso de peso e Obesidade:

- ➔ Programa Saúde na Escola (PSE), Programa intersetorial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação instituído em 2007, que contribui para o fortalecimento das ações voltadas ao desenvolvimento integral dos educandos e fortalece a relação entre escolas e UBS para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento e a saúde integral de crianças, adolescentes, jovens e adultos. Desde 2008, o número de municípios com adesão ao PSE e equipes de saúde participantes vem aumentando progressivamente. Como consequência, o número de educandos que participaram do programa aumentou de 1 para 18 milhões no mesmo período.
- ➔ Ação Brasil Carinhoso, em que creches e pré-escolas passaram a integrar as ações do PSE e o programa foi universalizado para todos os municípios. Assim, em 2013, 4.861 municípios realizaram adesão, sendo que 3.982 pactuaram realizar ações em creches e 4.768 em pré-escolas, atingindo 2.933.858 crianças.
- ➔ Semana Saúde na Escola lançada em 2012 com o objetivo de promover mobilização temática de uma questão de saúde a ser trabalhada ao longo do ano letivo. Tanto em 2012 quanto em 2013, a prevenção da obesidade foi

escolhida como tema prioritário para realização das ações. Existiam 2.866 polos habilitados e 155 reconhecidos como similares em todo o país. O total de repasse desde o início do Programa até outubro de 2013 foi de mais de 175 milhões de reais.

→ Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), também lançada em 2012 como resultado da integração da Rede Amamenta Brasil e da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável, as quais, juntas, formaram cerca de 4.500 tutores entre 2008 e 2012, atingindo aproximadamente 35 mil profissionais.

Dentre outras ações realizadas pelo Ministério da Saúde relacionadas ao PAAS, em parceria com outros órgãos, estão as campanhas para a redução do consumo de sódio, estímulo ao consumo de frutas, legumes e verduras, apoio à Semana do Peixe e sensibilização de gestores da área da saúde para a compra de alimentos para a alimentação hospitalar. No início de 2013 foi lançado o também Programa Peso Saudável, que se constitui como um programa de controle de peso e promoção da alimentação adequada e saudável em ambientes de trabalho. O Programa visa aumentar a conscientização individual sobre ações que ajudam a controlar o peso, de forma saudável, evitando o ganho de peso excessivo, por meio do incentivo à adoção de rotina de monitoramento do peso, desencadeando ações de autocuidado, à adoção de práticas alimentares saudáveis e de atividade física e à melhoria da qualidade de vida. Ainda em 2013, foram publicados atos normativos para a organização do cuidado das pessoas com DCNTs, instituindo aqui a Rede de Atenção das Pessoas com Doenças Crônicas e a Linha de Cuidado para a Organização da Prevenção e do Tratamento do Sobrepeso e Obesidade e estabelecendo regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. O maior desafio, quanto à obesidade aqui era o de conseguir melhorar a qualidade da alimentação consumida pela população brasileira (BRASIL, 2013).

Em relação à redução de sódio nos alimentos processados, entre 2011 e 2013, foram assinados termos de compromisso com a Associação Brasileira de Indústrias de Alimentação (ABIA) para a redução do sódio em categorias prioritárias, como já mencionado. Até outubro de 2013, tinham sido retiradas dos alimentos 11,2 mil toneladas de sódio. A expectativa era de que, com os acordos, a redução seria de 28,5 mil toneladas até 2020. Nilson (2020) desenvolveu e aplicou metodologias de macro e micros-

simulação para estimar o impacto do consumo excessivo e das metas voluntárias de redução do sódio sobre a morbimortalidade da população e os custos da doença no Brasil. Estimou que seriam atribuíveis ao excesso de sódio, em 2017, 47.017 mortes por todas doenças cardiovasculares associadas à hipertensão, responsáveis por US\$ 195 milhões em despesas ao SUS e US\$ 800 milhões em perdas de produtividade por mortalidade precoce. As metas voluntárias de redução do sódio no Brasil resultaram na redução do conteúdo médio de sódio de 5% a 28% nos produtos e uma redução final de 0,25 g/dia no consumo diário de sal da população, entre 2011 e 2017. Ainda, estima que, em 20 anos, a continuidade dessas metas voluntárias nacionais evitaria 112 mil casos e 2.524 mortes por doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares, cujos custos diretos e indiretos de tratamento somariam US\$ 292,5 milhões. O estudo evidencia, assim, os prejuízos à saúde da população e os elevados custos ao SUS e à sociedade causados pelo consumo excessivo de sódio e apoiam a priorização da redução do consumo de sódio na agenda de saúde.

## II PLANSAN

Já o II Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, Plansan 2016-2019 é constituído pelo conjunto de ações do governo federal que buscam garantir a segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação adequada à população brasileira.

O II Plansan, foi elaborado com 9 Desafios, 121 Metas e 99 Ações Relacionadas organizadas em 41 áreas temáticas, pois sua construção foi orientada, desde o início, para atingir um conjunto de metas estratégicas e prioritárias, de forma facilitar o seu monitoramento, focalizando nas ações mais relevantes. O II PLANSAN passou a conter 131 metas e 93 ações relacionadas após sua revisão.

O desafio nº 5 do PLANSAN já inicia a proposição da implementação de um conjunto de metas com o propósito de reverter o contexto da epidemia da obesidade. O Desafio nº 6 (Quadros 2 e 3) do II PLANSAN- Controlar e Prevenir os Agravos Decorrentes da Má Alimentação agrega metas diretas para o controle e prevenção dos agravos decorrentes da má alimentação, dentre as quais destacam-se a contenção do crescimento da obesidade na população adulta; suplementação de vitaminas e minerais para crianças; atualização da regulamentação da fortificação de farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico. No processo de revisão do Plano, incluiu-se nova meta no

Desafio: Investir na qualificação dos profissionais da atenção básica em relação à prevenção e ao controle dos agravos nutricionais.

**Quadro 2** — Meta 6.1 do Desafio nº 6 do II Plansan

AGRAVOS DECORRENTES DA MÁ ALIMENTAÇÃO								
		Meta acumulada no período						
	Meta 2016-2019	2016	2017	2018	2019	Responsável	PPA	Ação orçamentária
6.1	Deter o crescimento da obesidade na população adulta, por meio de ações articuladas no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN).	Meta qualitativa				MS	Programa 2069 Objetivo 1109 Meta 04E0	—

Fonte: Caisan, 2017

**Quadro 3** — Ação relacionada à Meta 6.1 do Desafio nº 6 do II Plansan

	Ação Relacionada	Responsável	PPA
6.5	Implementação da Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade.	CAISAN	Programa 2069 Objetivo 1109 Iniciativa 05K9

Fonte: Caisan, 2017

De notório destaque também foi o compromisso assumido publicamente com a Década de Ação em Nutrição (2016- 2025), lançada pelas Nações Unidas, que alertou as nações sobre a grande transição epidemiológica e nutricional pela qual passa o mundo com o crescimento da obesidade. Em outubro de 2017, durante a reunião do Comitê Mundial de Segurança Alimentar e Nutricional (CSA), o Brasil lançou um documento quanto aos seus compromissos para a Década de Ação em Nutrição. Seus compromissos estão respaldados nas metas do II Plansan, de modo a alinhar a agenda nacional com a internacional.

O balanço das ações da II Plansan (2016-2019) aponta que, relacionados aos Pactos Federativos para a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, foram assinados, no ano de 2017, os acordos de pactuação com os estados de Alagoas e Paraíba.

Maranhão e Ceará estão em elaboração de suas propostas. A iniciativa destina-se a engajar os entes subnacionais e a firmar compromissos, com o propósito de ampliar as condições de oferta, disponibilidade e consumo para uma alimentação saudável e para o combate ao excesso de peso e à obesidade, no contexto do Pacto Nacional para Alimentação Saudável (Decreto nº 8.553/2015).

Ao considerar os esforços de atuação conjunta entre saúde e educação, foi realizado repasse de incentivo financeiro, no valor de R\$ 36,1 milhões, a 548 municípios, para desenvolvimento de ações de prevenção da obesidade infantil em escolares, tendo como base, a adesão ao Programa Saúde na Escola para o ciclo 2017/18. Este incentivo tem como objetivo apoiar a implementação do Programa Crescer Saudável que consiste em um conjunto de ações articuladas, a serem implementadas na Rede de Atenção à Saúde do SUS para garantir o adequado acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na infância, com vistas a prevenir, controlar e tratar a obesidade infantil.

As ações regulatórias são tratadas no âmbito da CAISAN, por meio do Comitê Gestor da Estratégia de Prevenção e Controle da Obesidade. O documento “II PLANO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL PLANSAN 2016-2019: Balanço da execução 2016/2017”, de fevereiro de 2018 traz, no âmbito da Caisan, ampla descrição e apurada análise das macro e micro ações realizadas no biênio 2016-2017 (CAISAN, 2018). São importantes exemplos:

- Quanto à *rotulagem frontal dos alimentos processados e ultraprocessados*, destaca-se o consenso das representações na Caisan para a proposta de novo modelo de rotulagem frontal quanto às advertências no rótulo de produtos processados do Brasil. A proposta foi inspirada no modelo chileno, que adotou símbolos de advertência no painel frontal dos rótulos dos alimentos para declarar a presença de calorias, sódio, gorduras e açúcares presentes em grandes quantidades.

A Caisan sugeriu, para o perfil brasileiro, proposta com símbolo de alerta e mensagem que informe à população sobre o consumo excessivo de alimentos com alta densidade energética e altas quantidades de açúcares, sódio, gorduras trans e saturadas, edulcorantes e aditivos alimentares. Com modelo de advertência visualmente atrativo e de imediata identificação, permite a rápida comparação entre produtos e comunica sobre a presença de nutrientes críticos em excesso, conforme os critérios do Modelo de Perfil de Nutrientes da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A Anvisa iniciou os processos para formalizar consulta pública sobre o tema e debater a nova proposta da

rotulagem frontal dos alimentos no Brasil. Também, de grande relevância, ressalta-se a formalização de discussão técnica junto à Receita Federal sobre a adoção de medidas fiscais para a taxação de bebidas açucaradas no Brasil. O posicionamento da Caisan reforça a importância de o Brasil implementar a recomendação da OPAS/OMS para que os governos adotem políticas de proteção e de promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), inclusive com legislações em matéria de preços.

- No que concerne ao tema da *regulamentação da comercialização, publicidade, propaganda e promoção comercial de alimentos e bebidas processados e ultraprocessados* em ambientes das redes de educação, foi elaborada, em 2016, minuta de Medida Provisória buscando regulamentar a comercialização e publicidade de alimentos nas cantinas escolares brasileiras. A minuta foi assinada pelos Ministros da Saúde e do Desenvolvimento Social e encaminhada ao Ministro da Educação. Em 2017, a minuta foi reencaminhada ao Ministério da Educação, no sentido de retomar as discussões para avançar na regulamentação da publicidade de alimentos ultraprocessados no ambiente escolar.

- No âmbito da *promoção da alimentação adequada e saudável*, como uma agenda de redução de riscos, a reformulação da composição de alimentos processados e ultraprocessados vem sendo trabalhada pelo Ministério da Saúde, particularmente, em relação à redução de sódio e açúcares no contexto da melhoria do perfil nutricional de tais alimentos.

- Além das ações de regulação empreendidas pelo Comitê Técnico (CT) apresentadas no desafio 5, em 2017, o CT realizou pesquisa com as 27 Caisans estaduais, tendo obtido retorno de 92% delas. Foram obtidos os seguintes resultados: 92% das Caisans estaduais declararam ter implementado a agenda pública de EAN prevista no Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas; 76% afirmaram apoiar/fomentar/incentivar a organização de feiras de alimentos produzidos localmente; 72% das Caisans declararam fomentar ações de prevenção da obesidade e promoção da alimentação adequada e saudável na atenção básica.

Diante do avanço do sobrepeso e da obesidade, o Ministério da Saúde tem induzido a implementação de Linhas de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade (LCSO) nos

estados, as quais estabelecem pactos entre os diversos atores dos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), definindo fluxos de referência e contrarreferência para assistir o usuário com excesso de peso e obesidade no SUS (Portaria GM/MS nº 483, de 01/04/2014). Até final de 2017, 17 Estados (62,9%) apresentaram processos de organização das ações e serviços para implantação de linhas de cuidado: Acre, Bahia, Ceará, Distrito federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, São Paulo, Tocantins e Rio Grande do Sul.

## **MARCO 05**

### **Ano de 2011--> Plano de Ação Estratégica para enfrentamento das DCNTs**

Em 2011, o Governo Federal lançou, com caráter decenal, o Plano de Ação Estratégica para enfrentamento das DCNTs 2012-2022. O Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (PDCNT) no Brasil, 2011-2022, define e prioriza as ações e investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e deter as DCNT no período (BRASIL, 2011).

O Plano reconhece a obesidade como uma doença e um fator de risco para DCNT, com causas e determinantes próprios, se constituindo como o grande desafio para a saúde pública nos dias atuais. O objetivo desse plano foi promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências científicas para a prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco, e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2011). Para isso, o plano fundamenta-se no delineamento de diretrizes e ações intersetoriais em três eixos:

- a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento;
- b) promoção da saúde;
- c) cuidado integral

Em cada um desses eixos, existem ações específicas para o enfrentamento da obesidade no Brasil (tabela 10).

**Tabela 10** — Eixos e ações intersetoriais do Plano de Ação Estratégica para Enfrentamento das DCNTs (2012-2022) relacionadas à obesidade

*Eixos e ações intersetoriais do Plano de Ação Estratégica para Enfrentamento das DCNTs (2012-2022) relacionadas à questão da obesidade*

<i>EIXOS</i>	<i>AÇÕES</i>
<i>I-Vigilância, informação, avaliação e monitoramento</i>	<p>- <u>Pesquisa Nacional de Saúde (parceria com o IBGE)</u></p> <p>- <u>Estudos sobre DCNTs-</u> morbimortalidade, inquéritos, desigualdades e intervenções em saúde, avaliação de custos e identificação de populações vulneráveis</p> <p>- <u>Portal de monitoramento e avaliação do Plano</u></p>
<i>II- Prevenção e Promoção da Saúde</i>	<p>- <u>Atividade física-</u> Construção de espaços promotores de saúde como: Programa Academia da Saúde, Saúde na Escola e Reformulação de espaços urbanos saudáveis.</p> <p>- <u>Alimentação saudável</u></p> <p>Promoção de ações de alimentação saudável nas escolas através do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), acordos com a indústria para redução do sal e do açúcar na composição dos alimentos, aumento da oferta e redução de preços dos alimentos saudáveis, regulação da publicidade de alimentos e da composição nutricional dos ultraprocessados e o <b>Plano Intersetorial de prevenção e controle da obesidade.</b></p> <p>- <u>Envelhecimento ativo</u></p> <p>Atenção Integral ao envelhecimento, prática de atividade física regular no Programa Academia da Saúde, além da capacitação das equipes da atenção básica e incentivo à ampliação da autonomia e independência para o autocuidado.</p>
<i>III- Cuidado Integral</i>	<p>- Acesso de qualidade ao diagnóstico e tratamento, linha de cuidado de DCNTs- definição e implementação de protocolos clínicos, fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico precoce e do tratamento do câncer de mama e do colo do útero e Redes de Atenção de Urgência- “Saúde toda Hora” com acesso a atendimento de urgência e domiciliar e disponibilização de Unidades Coronarianas e de Acidente Vascular Encefálico.</p>

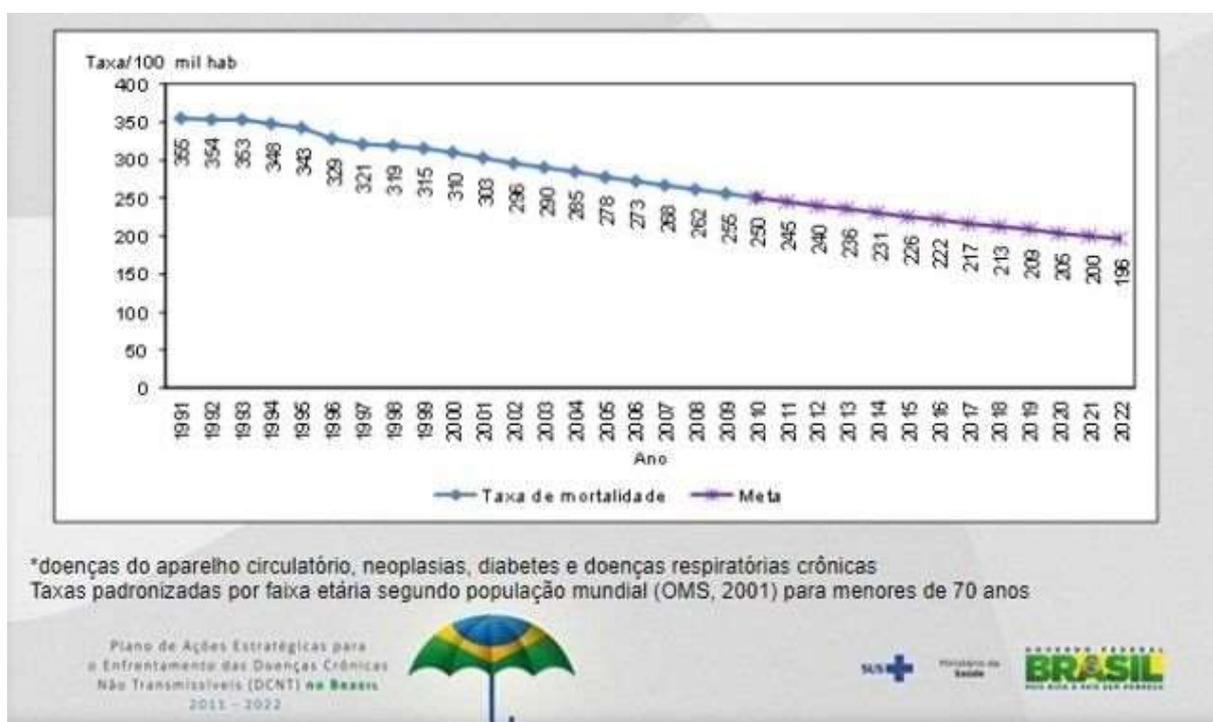
Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Ação Estratégica para Enfrentamento das DCNTs (2012-2022), 2011 adaptado.

As principais metas do plano relacionadas à obesidade são:

- Reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes.
- Conter o crescimento da obesidade em adultos.
- Aumentar a realização de atividade física durante o lazer.
- Aumentar o consumo de frutas e hortaliças.
- Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano.

Abaixo, algumas projeções importantes do Plano

**Figura 11** — Projeção das taxas de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais DCNTs no Brasil- 2000 a 2022

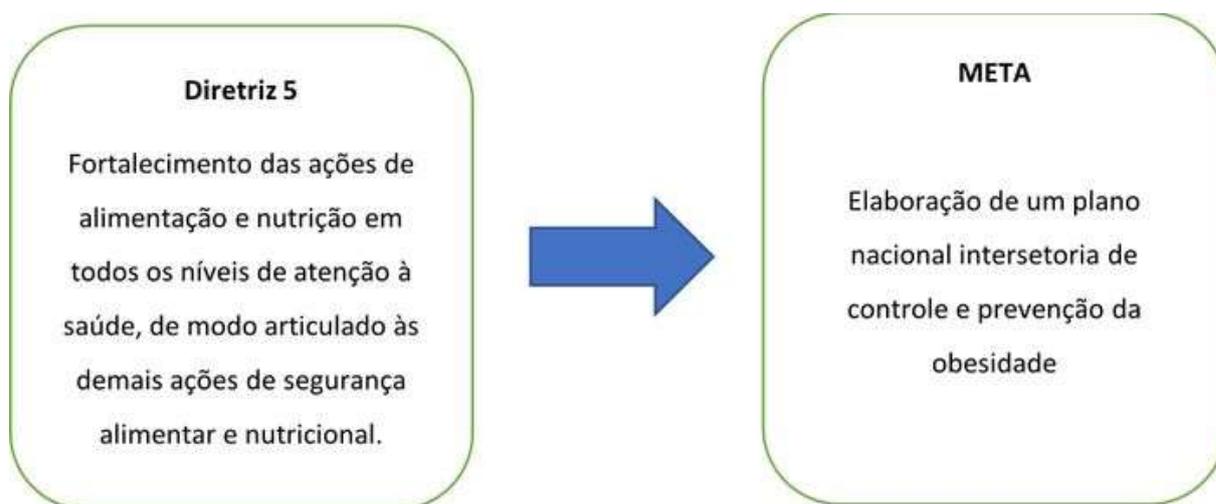


Fonte: BRASIL, Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs. 2011.

Conforme demonstrado na Tabela 10, através das ações do Plano de Ação Estratégica para enfrentamentos das DCNT (2012-2022), uma das propostas do Eixo de Promoção à Saúde era a criação do Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, cujo produto foi publicado e instituído através de Estratégia em 2014. O Plano é um produto do Comitê intersetorial criado ainda em 2011 para discutir ações de prevenção e controle da obesidade, no âmbito da CAISAN. Somado aos ministérios da CAISAN, compuseram este Comitê o CONSEA e a Organização Pan-Americana da

Saúde (OPAS/OMS). A Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade busca organizar as informações de modo articulado, conjunto e intersetorial ao enfrentamento da obesidade e de seus determinantes, norteados as ações do governo federal. A Estratégia integra o cumprimento também de uma das metas prioritárias da diretriz 5 (Quadro 4) do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, o PLANSAN (CAISAN, 2011; JAIME, 20019).

**Quadro 4** — II Plansan- Diretriz 5 e meta



Fonte: Elaborado pela autora

Lançado em setembro de 2021, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil (DANTs), 2021-2030, contempla 226 ações estratégicas a serem realizadas pelo Ministério da Saúde, estados, Distrito Federal e municípios, além de 23 metas e indicadores de resultados para o monitoramento do impacto das ações, apresentando-se como diretriz para a prevenção dos fatores de risco das DCNTs e para a promoção da saúde da população objetivando, assim, dirimir desigualdades em saúde (BRASIL, 2021).

O Plano de DCNT 2011-2022 foi o grande marco das ações frente ao quadro epidemiológico de morbimortalidade no país por quase uma década. Quanto à obesidade, a prevalência de obesidade apresentou aumento nos períodos entre os lançamentos dos dois Planos. No entanto, é possível verificar que entre os anos de 2015 a 2019, a velocidade de aumento reduziu, com um aumento médio de 0,37 pontos percentuais, em comparação aos primeiros anos de implantação do Plano (2010 a 2015), em que foi

observado um crescimento médio de 0,71 pontos percentuais. Embora o aumento da obesidade entre adultos não tenha sido tão marcante nos últimos anos monitorados, a previsão é de que a magnitude deste indicador continue crescendo, chegando ao final do Plano de DCNT sem êxito na meta (BRASIL, 2021).

**Figura 12-** Meta para deter o crescimento da obesidade em adultos



Fonte: BRASIL, 2021.

A prevalência da prática de atividade física no tempo livre apresentou um aumento médio de 0,93% anual entre os anos de 2010 a 2019. Contudo, se analisados os períodos fracionados, observa-se que esse aumento se deu entre 2010 a 2015, pois de 2015 a 2019 foi observada uma estabilidade na prevalência. A meta foi atingida a partir do ano de 2013 (prevalência de 33,8%), alcançando um valor superior a 33,6%, (equivalente ao aumento de 10% com relação à linha de base de 2010). A prevalência de prática de atividade física no tempo livre, nos anos seguintes, se manteve acima da meta. Assim, a previsão é de que a meta proposta para este indicador seja concluída com êxito em 2022 (BRASIL, 2021)

As metas estipuladas para os fatores de risco são de:

**REDUÇÃO-** Prevalência e consumo (em %)

- Consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%” no Brasil até 2030
- Consumo de bebidas adoçadas artificialmente em 30%
- Prevalência de obesidade em crianças e adolescentes em 2%
- Prevalência de tabagismo em 40%

**AUMENTO-** Prevalência e consumo (em %)

- Consumo recomendado de frutas e hortaliças em 30%
- Prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 30%

## DETENÇÃO

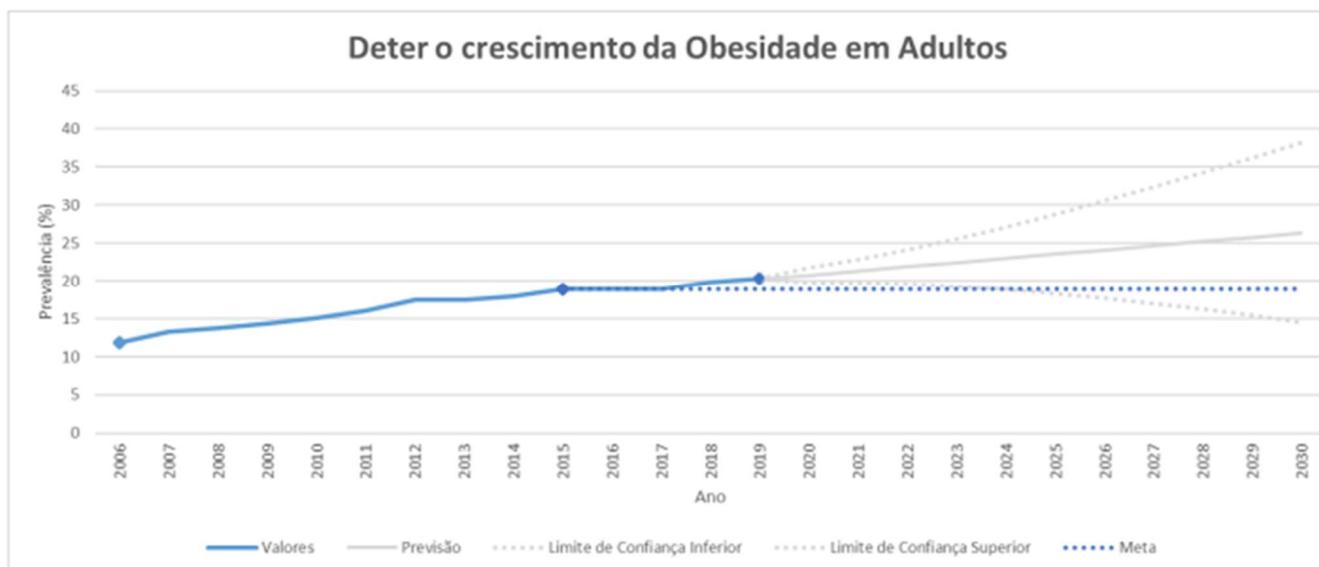
- Consumo de alimentos ultraprocessados
- Crescimento da obesidade em adultos

Para verificação de atingimento da meta de:

- ✓ Redução da obesidade em crianças- deverá ser considerada como linha de base a prevalência de obesidade infantil proveniente do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), que realizou antropometria em crianças menores de 5 anos. P
- ✓ Para o monitoramento- serão utilizados inquéritos de base populacional futuros.
- ✓ Redução da obesidade em adolescentes- deverá ser considerada como linha de base a prevalência de obesidade em adolescentes proveniente da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), edição 2015, dados da amostra 2 (adolescentes de 13 a 17 anos), e para o monitoramento a utilização das edições posteriores da PeNSE.
- ✓ Detenção à obesidade em adultos- deverá ser considerada como linha de base a prevalência de obesidade em adultos proveniente da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), edição 2019, e para o monitoramento será utilizado os dados do VIGITEL. Os dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) será utilizado para o monitoramento da obesidade na população acompanhada pela Atenção Primária, considerando todos os ciclos de vida citados (BRASIL, 2021).

A evolução da prevalência da obesidade em adultos (de 18 anos ou mais) entre os anos de 2006 e 2019, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2020 a 2030 é demonstrada na Figura 13. Apresenta-se também na imagem a evolução necessária para este indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

**Figura 13** - Monitoramento da meta, valor observado e previsto da prevalência de obesidade em adultos ( $\geq 18$  anos) no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal (2006-2019)



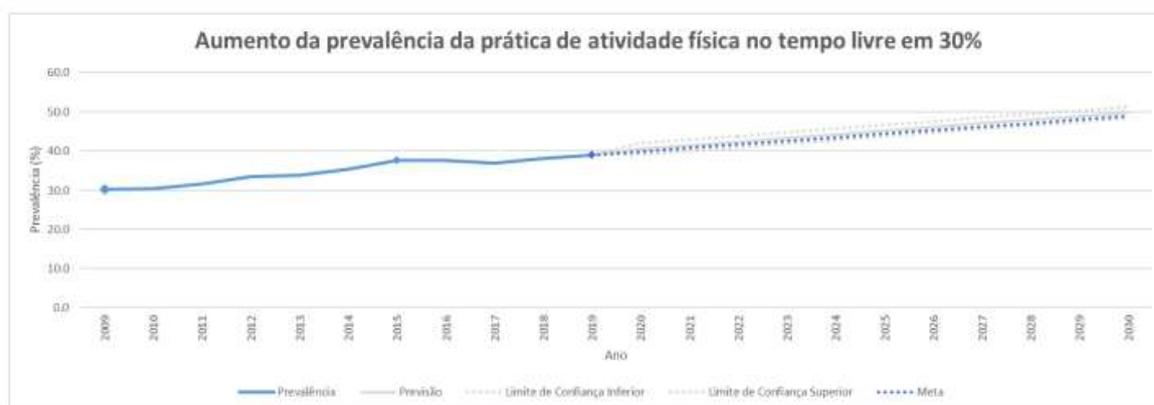
Fonte: BRASIL - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) (CGDANT/DASNT/SVS/MS), 2021. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

E para verificação de atingimento das metas de:

- ✓ Aumento do consumo recomendado de frutas e hortaliças, redução do consumo de bebidas adoçadas artificialmente, detenção do consumo de alimentos ultraprocessados, aumento da prática de atividade física no tempo livre, redução do tabagismo e do consumo abusivo de bebidas alcoólicas deverá ser considerada como linha de base a prevalência de obesidade em adultos proveniente da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), edição 2019, e para o monitoramento serão utilizados os dados do Vigitel.

A Figura 14 apresenta a evolução da prevalência da prática de atividade física no tempo livre em adultos (de 18 anos ou mais) entre 2008 e 2019, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para este indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030 (BRASIL, 2020).

**Figura 14-** Aumento da prevalência da prática de atividade física no tempo livre em adultos ( $\geq 18$  anos) no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal (2006-2019)



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) (CGDANT/DASNT/SVS/MS). A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

## Marco 06

### Ano de 2012--> O Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para Políticas Públicas

Em 2012, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) publicou o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para Políticas Públicas, importante documento a ser utilizado em diversas esferas civis, públicas e acadêmicas no Brasil com o objetivo de promover um campo comum de reflexão e orientação da prática, no conjunto de propostas educacionais Alimentar e Nutricional que tenham origem, principalmente, na ação pública, e que contemple os diversos setores vinculados ao processo de produção, distribuição, abastecimento e consumo de alimentos. Considerando-se o campo de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), o documento busca um diálogo entre os diversos programas disponíveis, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que repensem a complexidade da articulação entre políticas públicas e o modo de fazer. Assim, o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas é um documento que define o conceito de Educação Alimentar e Nutricional e estabelece diretrizes para as iniciativas públicas ligadas ao tema (BRASIL, 2012).

SANTOS (2005) enfatizou a necessidade da publicação um documento como o Marco justificando haver poucas referências que norteassem as políticas públicas. Contudo, desde a sua publicação, ainda se observa uma escassez de trabalhos acadêmicos

e científicos que façam referência ao documento e que ressaltem sua relevância, especialmente no contexto do atendimento nutricional.

Seu conteúdo foi elaborado de forma colaborativa, contando com a participação da comunidade das áreas de educação, saúde e nutrição nas esferas profissional, acadêmica e de gestão pública, sob a coordenação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) com apoio do Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília (OPS/UnB).

## 7.4 PERFIL E MAGNITUDE DA OBESIDADE NO CHILE

**Mapa 3** — Mapa Político do Chile



Fonte: The World Factbook, 2021.

A República de Chile, ou Chile, está localizado ao longo da costa ocidental do cone sul da América do Sul, entre o segmento mais alto da Cordilheira dos Andes e o

Oceano Pacífico. Sua forma é única: é um dos países mais compridos do mundo, com 4.300 quilômetros de longitude, mas simultaneamente um dos mais estreitos, com uma largura média de somente 180 quilômetros. Com a população de quase 18 milhões de habitantes, tem densidade demográfica de 22 habitantes por km<sup>2</sup>. Possuindo todo tipo de climas existentes no planeta excetuando somente o clima tropical variando de deserto no norte a tundra alpina e geleiras no leste e sudeste, subtropical úmido na Ilha de Páscoa, oceânico no sul e mediterrânico no centro. Há quatro estações na maior parte do país: verão (dezembro a fevereiro), outono (março a maio), inverno (junho a agosto) e primavera (setembro a novembro) (THE WORLD FACTBOOK, 2021; CENSO 2017).

O Chile possui uma superfície de 756.096 quilômetros, a qual aumenta em 1.250.000 quilômetros quadrados ao incluir o território Antártico Chileno. A língua oficial do Chile é o espanhol, e sua moeda o peso chileno. A população é mestiça, mistura de europeus e indígenas, cujas tradições ainda são percebidas nalgumas partes do país (THE WORLD FACTBOOK, 202).

O índice de alfabetismo é de 94%, sendo uma das mais altas da América Latina. O país possui uma das economias mais abertas do mundo, com baixas tarifas aduaneiras e forte orientação às exportações. O Chile é um dos países mais estáveis e prósperos da América do Sul detendo, ainda, o melhor Índice de Desenvolvimento Humano dentro do contexto da América Latina. O país também possui bons níveis de qualidade de vida, estabilidade política, globalização, liberdade econômica e percepção de corrupção, além de índices comparativamente baixos de pobreza (ONU, 2008).

Dados da *Encuesta Nacional de Salud* 2016-2017 (ENS, 2016-2017), ferramenta do Ministério da Saúde para saber quais doenças e comorbidades estão acometendo a população chilena com mais de 15 anos, demonstram uma prevalência de excesso de peso na população de 40,2%, sendo 43,7% no sexo masculino e 37,0% no sexo feminino, não observando diferenças estatisticamente significantes em relação aos inquéritos anteriores, ENS 2009-10 e ENS 2003. A prevalência total de obesidade observada foi de 31,4%, sendo 28,9% para o sexo masculino e 33,9% para o sexo feminino.

De acordo com a ENS 2016-2017, o excesso de peso por idade, registrou prevalência elevada na faixa de 15 a 24 anos, 31,2%, cerca de 14% a mais em relação à ENS 2003. Contudo, as prevalências de excesso de peso nas faixas etárias de 25 a 44, 45 a 64 e 65 anos ou mais permaneceram estáveis, porém elevadas, sem diferenças estatisticamente significativas em relação às anteriores. A chance de apresentar obesidade na faixa etária de 45 a 64 anos foi 3,02 vezes a chance no grupo de 15 a 24 anos.

Diferenças estatisticamente significativas foram observadas entre homens e mulheres no ajuste por idade. A chance de obesidade em mulheres foi 1,25 vez a chance dos homens.

O risco de sobrepeso teve diferenças significativas de acordo com a escolaridade, quando ajustado pelas variáveis sexo e idade. A chance de sobrepeso na categoria “12 anos ou mais de estudo” foi 1,67 vezes a chance do grupo com menos de 8 anos de estudo. Por outro lado, a chance de obesidade naqueles com menos de 8 anos de estudo foi 1,83 vezes a daqueles com mais de 12 anos de estudo. A categoria com menos de 8 anos de estudo se destaca como aquela que apresentou a maior prevalência de obesidade nas três medidas do ENS. No entanto, todas as categorias de anos de estudo mostram um aumento na prevalência de obesidade entre ENS 2009-10 e 2016-17.

Considerando a área de residência, não se observam diferenças estatísticas entre as regiões, nem em relação às medidas anteriores, com valores relativamente estáveis de sobrepeso entre os períodos. Quanto à obesidade, os setores rurais apresentaram maior prevalência de obesidade, atingindo 38,5% na ENS 2016-17, diferença estatisticamente significativa em relação aos setores urbanos. Ademais, um aumento significativo na prevalência de obesidade foi observado na ENS 2016-17 em comparação às ENS 2009-10 e 2003.

## 7.5 CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO CHILE- PERÍODO CENTENÁRIO SOB A ÓPTICA “LEITE SALVADOR”

A alimentação, como fenômeno social, vinculou as políticas públicas à família e ao saber médico. Os problemas que daí decorrem foram mudando ao longo do tempo. A primeira metade do século XX foi marcada pela fome e pela desnutrição, enquanto no final deste período a principal preocupação é a obesidade e o sobrepeso da população.

O Chile possui mais de um século de história no campo das políticas públicas de alimentação e nutrição. Durante quase todo o século XX, mais precisamente entre a década de 1900 e 1990, o país percorreu a rota da desnutrição, mantendo os níveis mais elevados de mortalidade infantil em nível mundial (ILLANES, 1993). Inicialmente, o objetivo do país era abordar e erradicar a desnutrição, com ênfase na subalimentação, no déficit de peso e na mortalidade infantil, continuando até a última década do século XX,

quando o foco passou a ser estagnar a epidemia de obesidade e as doenças não transmissíveis.

Nesse contexto, faz-se uma análise da evolução das políticas, ações e estratégias públicas nacionais chilenas demarcando bem os 4 períodos políticos que o país atravessou durante quase um século de sua história: O Estado Liberal (1900 a 1938), Estado Liberal Desenvolvimentista (1938-1973) e Ditadura (1973-1989). O 4<sup>a</sup> e último período é o do Novo Liberalismo, que inicia em 1990 é o de crescimento econômico e luta contra a obesidade. Nele inicia-se a discussão nessa trajetória histórica que se dá continuidade no subcapítulo específico de políticas públicas chilenas contra a obesidade

Para este refinamento da trajetória história das políticas nacionais chilenas de alimentação nutrição no século XX, teve-se a contribuição de documentos oficiais do Ministério da Saúde do Chile visto que, surpreendentemente, há escassas produções relevantes na literatura sobre a temática.

No Chile, como em diversos países latino-americanos, as primeiras estratégias baseavam-se na entrega de leite e nasceram como iniciativas privadas de caridade, como o Patronato Nacional de la Infância (Conselho Nacional da Infância, em português). Criado por um grupo de pessoas da aristocracia, da medicina e da Igreja tinha o intuito de ser uma instituição que protegesse as crianças do abandono e da pobreza em que se encontravam na capital Santiago quando, após um terremoto, a cidade viu o surgimento de centenas de crianças desabrigadas. O impacto desse fato levou alguns representantes da aristocracia a fundar a Instituição de caridade para atender menores indigentes. Assim, em agosto de 1901 surgia o *Patronato de la Infância*, que mais tarde veio a ser reconhecido como Patronato Nacional de La Infância (GONZÁLES e INFANTE, 1980).

O início da tarefa de entregar alimentos a quem mais precisava foi um ato de caridade realizado através do Patronato, financiado por contribuições privadas. No início do século XX, no dia 3 de agosto de 1901, um Conselho de Curadores abriu dispensários onde eram entregues alimentos para crianças e mães desnutridas. Vários médicos pediatras aderiram à iniciativa, entre eles Luis Calvo Mackenna, que, influenciado pela experiência das “Gotas de Leite” europeias, sugeriu ao Conselho Curador a modificação da estrutura dos dispensários, argumentando que do contrário, toda a ajuda seria infrutífera. O objetivo era servir não apenas para a entrega de alimentos, mas também para fazer exames regulares de saúde das crianças e melhorar sua situação em geral. Convencendo o governo da importância da reestruturação, conseguiu assim transformar os dispensários em clínicas de lactação (GONZÁLES e INFANTE, 1980).

Sob patrocínio, em 1906 surgiram os centros “Las Gotas de Leche” (em português, As Gotas de Leite) como clínicas infantis para substituir os dispensários do Patronato Nacional de La Infância. O objetivo dos centros era o monitoramento da saúde e do desenvolvimento de menores carentes, periodicamente, desde o nascimento. Esses centros foram os precursores do atual sistema de acompanhamento da saúde das crianças via ambulatórios, pois inaugurariam o conceito de “controle saudável”. Ao mesmo tempo, e apesar desses centros sempre dependerem da iniciativa privada, podem ser considerados os pioneiros na elaboração de estratégias de alimentação complementar. Aqui, iniciaram-se os primeiros testes de alimentos formulados à base de leite e farinha.

Os centros permanecem ativos até hoje, prestando atendimento médico gratuito a milhares de crianças, privilegiando ainda aquelas com problemas de desnutrição. O Conselho mantém, também, jardins de infância e fornece cuidados médicos e de saúde para mães grávidas e suas famílias. Apesar de sua cobertura limitada, em comparação com as atuais clínicas e Centros de Saúde da Família, a contribuição desses centros foi para confirmar a necessidade e importância do leite na primeira infância e do cuidado e controle da saúde infantil. Ao longo dos anos pode-se verificar que onde havia o “Las Gotas de Leche”, as crianças morriam menos do que no resto do país (MARDONES, 2003). Com o passar do tempo, a Fundação “Gota de Leche” conseguiu captar a visibilidade de praticamente todos os segmentos da sociedade, agregando às suas fileiras profissionais como médicos, enfermeiras, nutricionistas, colaboradores e assistentes de todos os tipos, tornando-se assim referência nas políticas nutricionais do país (GONZÁLES e INFANTE, 1980).

O Estado inicia a criação e implementação de políticas públicas no âmbito da alimentação e nutrição a partir do governo de Arturo Alessandri Palma (1920-1925) com a instituição da “Lei del Seguro Obrero Obligatorio” (Lei do Seguro Obrigatório do Trabalhador, em português) pelo Ministério do Interior, em 1924, cujo objetivo era melhorar as condições de trabalho dos milhares de trabalhadores que se aglomeravam nas cidades, aqueles que em sua maioria trabalhavam em condições precárias, não possuíam sistema de seguridade social, seguro contra acidentes ou acesso a cuidados de saúde, estabelecendo a assistência médico-social durante a gravidez, parto e puerpério, e, para o seu filho, cuidados médicos até 8 meses incluindo entrega de leite. Com isso, começou o financiamento governamental da alimentação complementar (MINSAL, 2010).

No início do século XX, no Chile, não havia qualquer direito trabalhista e previdenciário regulamentado em forma de Lei. O horário de trabalho e as licenças por

doença não eram regulamentados e o trabalhador que adoecesse tinha o risco de perder o emprego. Um governo que priorizasse os direitos dos trabalhadores era uma das principais demandas da população desde o final do século XIX quando, após a Revolução Industrial, começou a emergir com força a classe operária, aquela que não estava disposta a continuar esperando a solução de seus problemas sociais e econômicos (MINSAL, 2010).

Alessandri Palma assumiu a presidência com a promessa de legislar a favor das condições de trabalho da “classe trabalhadora”. A sua posição tornou-se um problema que afetou todo o país, sendo designada como a "questão social", com grandes debates políticos e ideológicos e afetando o Governo e o Congresso. Seu programa incluía, entre outras coisas, a criação de um Ministério do Trabalho e da Previdência Social e o reconhecimento dos direitos legais das mulheres. No entanto, a crise econômica gerada pelo colapso da indústria de nitratos, após a Primeira Guerra Mundial, e o sistema rotativo ministerial (derivados da grande influência e poder do Parlamento sobre o Executivo) não permitiu que muito saísse do campo das ideias, gerando uma crise política ainda em 1924 visto que o Congresso não aprovou nenhum dos projetos sociais enviados pelo presidente. No dia 3 de setembro, quando o Senado começou a discutir o assunto, um grupo de jovens oficiais do Exército apareceu e expressou seu aborrecimento golpeando suas espadas, um fato conhecido como “barulho de sabres” Em função dessa situação, foi formado um comitê que pressionou a classe política a aprovar as leis sociais (GONZALO, 1987).

A jornada de trabalho de oito horas, a regulamentação do trabalho infantil e feminino e a Inspeção do Trabalho foram algumas das inovações jurídicas conquistadas. A Lei do Seguro do Trabalhador, que se baseava em um projeto de lei apresentado em 1921 pelo médico e senador Exequiel González Cortés, conhecedor do sistema de seguro saúde alemão, instituído pelo chanceler von Bismarck ainda contemplou a atribuição de pensões por invalidez, doença, morte, velhice e maternidade, financiados pelo Estado em nível de 1%, empregadores em 4% e trabalhadores em 2%). Para a trabalhadora segurada, foi prestado atendimento médico-social durante a gestação, parto e puerpério, e para o filho, atendimento médico até oito meses. Nesse período a entrega do leite foi estipulada para todas as mães que trabalham e não amamentam seus filhos. Enfim, as novas disposições previdenciárias seguiram as tendências mundiais em favor da legislação sobre as condições de trabalho dos trabalhadores, especialmente no que se refere a previdência social (MINSAL, 2010).

Pode-se dizer que, a rigor, embora a Lei do Seguro do Trabalhador concebesse a entrega de leite como mais um benefício para as mães trabalhadoras, ela marca o início das intervenções governamentais em termos de nutrição, pois pela primeira vez foi atribuído um orçamento fiscal para fornecer leite aos menores cujas famílias não o podiam obter. A partir de então, a proteção da alimentação infantil passou a ser considerada um dever do Estado e um direito das mães trabalhadoras (MINSAL, 2010).

Contudo, com alegação de poder cumprir a sua missão, a Seguradora passou a comprar grandes remessas de leite, que passou a ser desidratado para armazenamento e preservação por mais tempo. A partir de 1934, a única empresa que naquela época conseguia atender a essa demanda era a Nestlé<sup>12</sup>, da qual a Seguradora comprava o leite. Ao mesmo tempo, foi iniciado o chamado “Programa do Leite”, que foi apoiado por doações humanitárias internacionais provenientes principalmente da UNICEF e da Caritas, que fez chegar ao Chile o excedente de leite em pó produzido pelos países industrializados. Até antes disso, o Chile não conhecia o leite em pó (MARDONES, 2003).

Embora o Seguro do Trabalhador tenha sido um marco na história da nutrição no Chile, os avanços estavam por vir a partir do segundo governo de Alessandri Palma (1932 a 1938) que ampliou as políticas públicas de saúde pelo Estado. Em 1935, avaliou-se o impacto dos serviços médicos do Fundo de Seguro Obrigatório do Trabalhador e constatou-se que, após dez anos de trabalho, a mortalidade infantil havia diminuído muito pouco, mesmo crescendo em alguns períodos. Para efeito comparativo, enquanto em 1925 a taxa de mortalidade infantil era de 237,5 por mil, em 1935 era de 241,6 por mil. Naquele ano, os centros de saúde da “Caja del Seguro Obrero” (ou Fundo do Seguro do Trabalhador) totalizavam 141 clínicas urbanas, 247 postos rurais e 104 estações-médico rurais. No entanto, a cobertura para bebês era baixa: cerca de cinco mil crianças, até oito meses de idade, o equivalente a três por cento dessa faixa etária. Ao mesmo tempo, a Caja

---

<sup>12</sup> Décadas mais tarde, no anos de 1970, a Nestlé seria alvo de um escândalo da multinacional de que demonstrou mostrou contradições precoces no conceito de “responsabilidade social corporativa”. O relatório “The baby Killer”, publicado pela ONG War on Want abordava sobre desnutrição e a promoção do aleitamento artificial nos países do Terceiro Mundo” e reportou as diversas ações da Nestlé e de outros fabricantes de fórmulas em países do subdesenvolvidos até 1974. Nesse ano, o relatório foi traduzido na Suíça pelo Grupo de Ação para o Terceiro Mundo de Bern (AgDW) com o título Nestlé tötet Babies (Nestlé mata Bebês), o que gerou um processo da empresa contra o grupo por difamação. Segundo o artigo “Nestlé (A): The Case of the Dying Babies”, publicado na revista International Marketing, a empresa desfrutava de muitas facilidades de marketing e produção de seus produtos no Terceiro Mundo, o que incluía à época 19 fábricas em dez países africanos (PUC-RIO, 2019).

del Seguro Obrero deu lugar a uma série de regimes de pensões para vários setores de trabalhadores (BRAUN et al, 2000).

Já em 1926, foram criados o Fundo Nacional do Funcionário Público e Jornalistas e o Fundo de Pensões do Funcionário Privado, aos quais foram acrescentados outros, completando mais de 30 no final de 1960. Nesse clima de garantias sociais, o direito à saúde era fundamental e para isso era necessário criar um quadro institucional forte (BRAUN et al, 2000; MARDINES 2003).

Embora o Ministério da Saúde já existisse desde 1924, não existia o estatuto jurídico de fato e nem o peso político necessário para levar a cabo as novas reformas que Alessandri prometera para o seu segundo governo. A aplicação do Código Sanitário, que até o momento, quase o único instrumento de aplicação da saúde pública, estava a cargo do Ministério do Interior, através da sua Direção-Geral de Saúde. Por isso, em 1936, foi outorgado personalidade jurídica ao Ministério da Saúde, Previdência e Assistência Social e constituído o Conselho Nacional de Alimentação, órgão consultivo do governo cujo objetivo era desenvolver estratégias públicas na essência (MINSAL, 2010).

Em 1927, o presidente Ibáñez, afirmando que um dos grandes inimigos da nutrição infantil eram doenças venéreas porque impediam o desenvolvimento correto fetal e amamentação de bebês, organiza a seção de Higiene Social da Direção-Geral de Saúde, instalada na Calle Artesanos, entregando assistência médica e medicamentos gratuitos e iniciando o trabalho informativo (PEMJEN, 2011).

No Chile, na década de 1930, apenas 20% da população urbana tinha esgoto e apenas 30% estava conectado à rede de água potável. As doenças mais comuns foram tuberculose, tifo, sífilis e disenteria. Quanto às crianças, 45% sofriam de desnutrição, enquanto cerca de 1/4 do total morria antes de completar cinco anos de idade. Em janeiro de 1937, o renomado médico, pesquisador e professor Eduardo Cruz-Coke assumiu o cargo de Ministro da Saúde. A nomeação de um médico na pasta atendeu também às expectativas da comunidade científica que, ciente dos graves problemas de saúde que afligiam o país, aspirava ser uma das próprias encarregadas de abordar politicamente estes problemas (MARDONES, 1986; HUNNES e LANNAS,2003).

Em certa ocasião, Coke classificou e expressou com maestria a condição de miséria

A miséria é um estado que não chega ao limiar da esperança e pelo qual somos responsáveis, nós, que o permitimos. Ela corrói com mil imponderáveis nosso destino. Tem uma causa: o que a gente não faz, pode fazer”.

A desnutrição e a alta mortalidade infantil sempre estiveram entre as preocupações médicas e sociais do Ministro Cruz-Coke. Como professor e pesquisador, realizou estudos detalhados sobre o estado nutricional da população chilena, além de ter se aprofundado nas bases químicas e fisiológicas da nutrição. Para o médico, a solução para as carências alimentares era que as crianças tivessem que ser fortificadas com leite, considerado o alimento protetor por excelência e cujo suprimento adequado passava a ser fundamental para o crescimento saudável de todos os chilenos. Essa convicção foi respaldada por precedente não menor, bem conhecido dos especialistas da época: as taxas de mortalidade e morbidade infantil caíram significativamente nas famílias das mães seguradas, que recebiam leite e atendimento médico no Seguro do Trabalhador. Em um mundo onde não existiam antibióticos, essas diferenças não podiam ser atribuídas a nada além do poder imunizante do leite (HUNNES e LANNAS,2003).

Antes de lançar seu plano, o ministro Cruz-Coke organizou estudos para embasar as decisões políticas que tomaria. Para isso, revitalizou o Conselho Nacional de Alimentação, criado em 1936, formado por médicos, pesquisadores e representantes das organizações públicas e privadas. Concluídos os estudos do Conselho, os resultados foram claros: a principal causa das doenças e das mortes infantis era a má alimentação, que começou no corpo da mãe grávida e continuou durante todo o período de lactação e nos primeiros anos de vida. Após o período de amamentação, que em muitos casos não ultrapassava os seis meses, o leite materno era substituído por água com farinha torrada. Conseqüentemente, o principal alimento da dieta infantil era o trigo, insuficiente para atender às necessidades nutricionais de um corpo em crescimento. Após esses resultados, passou a ser prioritária a tomada de medidas de saúde pública para melhorar o estado nutricional da população. Isso resultaria não apenas em uma melhor condição social em todos os sentidos, mas em menores gastos do Estado devido à diminuição das doenças associadas.

No ano de 1937, poucos meses após conhecidos os resultados dos estudos do Conselho Nacional de Alimentação e por sugestão deste, um decreto aumentou a contribuição do Estado para a saúde da população infantil em meio por cento, enquanto os empregadores o faziam em um por cento. O auxílio seria canalizado por meio do “Serviço de Assistência Médica Materno-Infantil”, que atenderia a todas as famílias seguradas do país. Inicialmente, o decreto estava em vigor por um ano, mas o acolhimento por parte da população foi tal (as mães faziam longas filas nos serviços esperando sua vez), que o governo encaminhou um projeto de Lei ao Congresso para prorrogar o

benefício por tempo indeterminado. Fala-se aqui da Lei 6.236, a Lei Madre-Hijo (em português, Lei Mãe-Filho ou Lei Materno-Infantil), publicada no Diário da República em 10 de setembro de 1938 (MINSAL, 2012).

A Lei Mãe-Filho estabelecia que todos os trabalhadores filiados à previdência social, homens e mulheres, tinham direito a receber alimentação complementar, composta por leite, e cuidados para seus filhos menores de dois anos de idade. Paralelamente, foi aprovado que 1/3 do total das contribuições dos trabalhadores fosse destinada a esses serviços. A partir desta promulgação, a distribuição de alimentos estava ligada ao controle médico no setor de saúde. A nova iniciativa legal nada mais era do que a extensão da cobertura do Seguro do Trabalhador a todos os trabalhadores; entretanto, o grande salto consistiu em estender o benefício além do período de amamentação, até os dois anos de idade (MINSAL, 2012).

Para suprir adequadamente as necessidades de leite de mães e crianças, o Estado viu a necessidade de promover o desenvolvimento da indústria de laticínios, por meio do incentivo à formação de cooperativas. Naquela época, a disponibilidade de leite de vaca fresco era limitado e altamente sazonal e a produção total não era suficiente para satisfazer a demanda doméstica (MARDONES, 1986).

O leite até então desidratado foi substituído pelo leite líquido pasteurizado, devido à aquisição, pela Caja del Seguro Obrero, da primeira pasteurizadora do país, criada em Santiago em 1937, que viria a ser seguida de muitas outras. O leite em pó integral, que começou a ser distribuído nesse mesmo ano era produzido pela *Sociedad Agrícola San Vicente de Los Andes*, uma empresa totalmente privada.

Alguns governos continuaram a promover a produção de leite. Assim, em 1938, durante a presidência de Pedro Aguirre Cerda, o Estado associou-se ao que era, na época, a mais importante indústria privada com atuação no país, a Nestlé. Desse sindicato surgiu a *Sociedad Nacional Lechera de Graneros*, com 51% de participação pela empresa, que contribuiu tecnologicamente e 49% para o Estado junto com outros parceiros nacionais. Essa empresa público-privada produzia leite desidratado para distribuir entre os beneficiários do Programa do Leite. No Governo de Cerda, Salvador Allende assumiu a frente ao Ministério da Saúde, definindo objetivamente as suas prioridades de atuação que englobavam organização de uma “medicina social” qual considerasse o povo não como um objeto, mas como um sujeito; e, que seguisse enfatizando o cuidado no binômio mãe-filho, criando dentro do Ministério, a Dirección Central do Mãe-filho. Contudo, no

mesmo ano, a crise econômica se espalhou no país. Porém, seguindo com a convicção de que o leite era a resposta à desnutrição, instalou as "barras leiteiras" (ZÁRATE, 2008).

Eram lugares onde se serviam produtos lácteos, como semolina e outras preparações, que eram fornecidas pela Central de Leche, uma grande indústria do estado. O sucesso foi tamanho que no ano seguinte a Central teve que pedir ajuda para a *Production Development Corporation* (CORFO) para implementar mais barras e conduzir estudos sobre fórmulas de suplementos lácteos. Este foi o início da indústria que até hoje produz uma enorme quantidade de alimentos, quase todos lácteos, que o MINSAL entrega gratuitamente em clínicas de todo o país (ZÁRATE, 2008, PEMJEAN, 2011).

Em 1942, durante o governo de Juan Antonio Ríos Morales, 72 pequenos empresários criaram a Cooperativa Agrícola Lechera de Osorno (CALO), que em pouco tempo se tornou a empresa mais importante de Capital chilena. Em 1948, durante o governo de Gabriel González Videla, o suíço Roberto Diethlem, recém-chegado ao país, instalou em seu campo em Loncoche uma pequena fábrica de queijos. Dois anos depois, teve início a construção de uma fábrica de laticínios, com maquinário trazido da Alemanha, que iniciou suas atividades em outubro de 1951 e foi o início do Loncoleche. Em junho de 1949, surgiu a Cooperativa Agrícola e Lechera de La Unión (COLUN), que importou da Alemanha o primeiro equipamento de atomização para a produção de leite em pó, origem da planta industrial Lácteos Unión, o que levou à intervenção alimentar para mais de 67.000 crianças (BRAUN *et al.*, 2000).

A partir da década de 1940, as estratégias governamentais começaram a se refletir nas estatísticas: enquanto que em 1938 a taxa de mortalidade infantil (menores de cinco anos) era de 235 por mil, dez anos depois a cifra havia caído para 160 por mil. A Lei Madre-Hijo vinculou assim a distribuição de alimentos ao controle da saúde, o que foi fortalecido pela unificação dos serviços de saúde com a criação do Serviço Nacional de Saúde (1952) durante o governo de Ibáñez del Campo (HUNNEUS e LANAS, 2003).

As medidas implementadas receberam apoio significativo em 1946 com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Além disso, na década dos anos 50, um personagem-chave aparece na história da superação da desnutrição no Chile: Fernando Monckeberg, que em 1957 criou o Laboratório de Pesquisa Pediatric Studies, um dos precursores do que mais tarde se tornou o Instituto de Nutrição e Tecnologia de Alimentos (INTA). Desde então, Monckeberg, junto com outros as associações relevantes associadas à Universidade do Chile, argumentaram que a desnutrição não afeta apenas

aqueles que morreram, mas também aqueles que sobreviveram, prejudicando vidas, seus desenvolvimentos e suas capacidades intelectuais, e causando déficits de estatura. A partir desta visão, seus esforços se concentraram em ter a desnutrição reconhecida como um problema político e não exclusivamente social, como causa do subdesenvolvimento do país e não como uma de suas consequências.

A primeira metade do século XX, mais precisamente até o final da década de 1930, marcou a passagem de uma crise oligárquica à movimentação populista em que a saúde, na maioria do período, ficou sob a responsabilidade dos próprios chilenos, que se organizavam em comunidades de mútua ajuda. Caracterizam-se como tempos em que o Estado estava debatendo sobre como abordar a questão da saúde e higiene, principalmente dada a alta e permanente mortalidade infantil.

A problemática da desnutrição pode ser esclarecida através de 2 situações no Chile:

- O relevante processo de êxodo rural, que separava as famílias da produção direta da terra, acabando com o abastecimento da agricultura familiar e dando vez a colheitas muito pequenas, mais associadas a ervas do que a frutas e vegetais. Como a pecuária e o acesso à carne não fora diferente, somado à pobreza que impediu a compra de alimentos de todos os tipos, o problema só aumentava, promovendo falta de ingestão de proteínas calóricas.

- As condições precárias de vida em que faltavam elementos mínimos de saneamento, como água potável e esgoto, responsáveis pelo adoecimento infantil repetidamente principalmente febres, diarreias e perda de peso sem se recuperar.

Provavelmente, por depender apenas de si para a sobrevivência, a população se apropriou da crença enraizada do leite como o alimento “superpoderoso”, cujo consumo garantiria todo o aporte nutricional necessário às crianças. Não obstante, ações privadas e posteriormente públicas nasceram e se consolidaram no país.

Em 1952, foi aprovada a Lei 10.383, que deu origem ao “Servicio Nacional de Salud” ou, em português, Serviço Nacional de Saúde (SNS). A Lei significou o coroamento de longos anos em busca da unificação dos serviços a saúde e da sua centralização na esfera político-administrativa. Como resultado do terremoto em 1939, o país teve que se dotar de uma organização de emergência para atender às vítimas, o que mostrou que se em todos os centros os cuidadores atuaram como um bloco e coordenaram suas iniciativas, o resultado foi uma notável melhora na qualidade dos serviços de saúde.

A iniciativa de unificação dos serviços de saúde foi discutida no Congresso por mais de dez anos, até ser aprovada por unanimidade apenas em 1952 (MINSAL, 2010).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) nasceu assim da fusão do Fundo de Seguro Obrigatório do Trabalhador, a Direção de Proteção da Criança e do Adolescente (criada no governo de Juan Antonio Ríos, para cuidar de crianças indigentes), o Serviço Nacional de Saúde, os Serviços Maternos e Infantis, a Junta Central de Caridade e Assistência Social, entre outros. Paralelamente, foi criado o Serviço de Previdência Social, separando as funções de seguro e previdência dos cuidados de saúde e nutrição. Embora o novo Serviço Nacional de Saúde assumisse as missões de cada uma das agências antecessoras, ampliou consideravelmente seu campo de atuação por se tratar de um sistema centralizado e vertical, sob o qual se fazia a aplicação de políticas do governo geral. O objetivo central do SNS era modernizar os serviços de saúde e aumentar a cobertura, atingindo as áreas mais remotas e os setores mais pobres. A rede pública de hospitais, postos de emergência e centros de atenção primária, secundária e terciária foram desenvolvidos no país. O SNS atendia aos trabalhadores e suas famílias e incluía atendimento médico, cirúrgico e odontológico. Foi financiado com contribuições fiscais e previdenciárias de empregadores e trabalhadores, além de contribuições diretas dos usuários (MINSAL, 2010).

Quanto à gestão, os programas deveriam ser desenvolvidos com foco em grupos ou patologias específicas, além de estratégias de saneamento ambiental, como esgotamento sanitário, água potável e coleta de lixo. A distinção entre trabalhadores e empregados também surgiu, criando em 1960, o Serviço Médico Nacional do Trabalhador (SERMENA). Ambos os órgãos foram instituídos como entidades que compõem o sistema público de saúde chileno (MINSAL, 2017).

A expansão da cobertura de saúde para todo o país tinha uma exigência, a de pessoal médico. Para aliviar o déficit de profissionais da rede pública, a partir de 1960 a autoridade desenvolveu programas complementares com a Faculdade de Medicina da Universidade do Chile. A solução foi o chamado "Ciclo de Destino", que permitiu a médicos recém-formados optarem por planos de especialização, atuando como clínicos gerais na área, em hospitais públicos. Graças a esse vínculo entre o Estado e as escolas médicas, foram traçadas estratégias de controle da saúde pública, que consistem em programas de vacinação, controle e atendimento profissional da gravidez e do parto, controle de epidemias, entre outros. O Ciclo do Destino fez tanto sucesso que superou as

dificuldades econômicas da primeira metade da década de 1970 e continua em vigor até hoje (MINSAL, 2017).

Desde a promulgação da Lei Materno-Infantil, em 1938, até a criação do SNS, em 1952, as taxas de mortalidade infantil caíram quase 10 pontos percentuais, de 23,5 para 13,6 por cento, nos menores de cinco anos. Essas estatísticas incentivaram o setor saúde a se aprofundar na área da nutrição, uma vez que os programas de alimentação complementar constituíram não só um instrumento de assistência social aos mais carentes, mas também uma poderosa estratégia nacional de saúde pública, por influenciar diretamente na boa saúde da população. Assim, após a criação do SNS, iniciou-se o desenvolvimento de estratégias ministeriais de intervenção massiva na área da nutrição. Então já havia conhecimento suficiente acadêmico nas áreas de nutrição e pediatria, que deu base científica ao desenho dos programas. (MINSAL 2017)

O “Programa Nacional de Alimentación Complementaria” (Programa Nacional de Alimentação Complementar, em português), o PNAC nasceu em 1954 como estratégia para reduzir a desnutrição e a mortalidade infantil, estendendo o benefício às gestantes e pré-escolares de até seis anos de idade o que implicava em atacar o problema pela raiz, no ventre materno, evitando assim o baixo peso ao nascer, e manter o programa até o início da fase escolar, garantindo assim uma boa alimentação ao longo da primeira infância. (MINSAL, 2010). Isso marcou uma inflexão muito importante na história nutricional e sanitária do país, uma vez que, a partir daí, teve início a expansão sistemática da cobertura (MINSAL, 2010).

O cumprimento do PNAC foi possível graças às doações do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que passou a distribuir leite em pó semidesnatado ao Chile. A distribuição dessas remessas ficava a cargo do SNS, que entregava o leite às mães por meio de clínicas de atenção primária e hospitais (MINSAL, 2017).

Em 1954, o PNAC distribuía 14 mil toneladas de leite em pó com 13% de gordura. Seus destinatários foram mais de meio milhão de crianças e gestantes cadastradas em todas as clínicas do país. A inclusão da gestante no programa de entrega de leite foi seguida de campanhas de incentivo ao aleitamento materno em 1956, ampliação da mesada para o pré-natal e a extensão do repouso materno pós-natal de 45 para 84 dias, promulgada na Lei 13.350, de 1959, durante o governo de Alessandri Rodríguez. Embora, a princípio, essas prerrogativas tenham sido concebidas apenas para mães que trabalham, com o tempo elas foram estendidas a todas as trabalhadoras

assalariadas e atualmente são desfrutadas por todas as mulheres no Chile (MINSAL, 2010).

O resultado dessas reformas foi importante. Enquanto em 1952, quando foi criado o SNS, a taxa de mortalidade infantil (menores de cinco anos) era de 136,1 por mil, no final da década alcançava 119,5 por mil. No caso da mortalidade neonatal (até 28 dias), as variações foram mais perceptíveis: em 1954, a taxa era de 43,8 por mil, enquanto em 1960 era de 34,6 por mil. Após a grande ampliação da cobertura dos programas de entrega de leite que significou a criação do PNAC, o Estado voltou a enfrentar o déficit de produção nacional, desta vez de leite em pó. Apesar do incipiente desenvolvimento industrial privado, o Chile continuou a ser um país deficitário a satisfazer sua demanda interna de leite. Ficou definido que não poderia continuar aceitando doações do UNICEF sem desenvolver capacidades nacionais, pois isso só tornava o Chile mais dependente de ajuda humanitária internacional. Desse modo, o Ministério da Saúde solicitou ao UNICEF a infraestrutura e a tecnologia necessárias para a produção de leite em pó. Assim, em 1957, e financiada por esta entidade, foram construídas no país duas fábricas de leite em pó: uma em San Fernando e outra em outro em Chillán (MINSAL, 2010).

Conseguiu-se um aumento do orçamento do Estado para o PNAC, destinando 5% do abono-família do trabalhador para essas finalidades. Isso significou um aumento de mais de 70 milhões de dólares. Com esse dinheiro, o SNS apoiou uma dezena de cooperativas de laticínios para incorporá-las à produção de leite em pó. Ao mesmo tempo, CALO adquiriu duas torres de secagem spray e quase todo o leite em pó por ela produzido foi encaminhado ao Serviço Nacional de Saúde. Políticas governamentais de apoio aos pequenos produtores de leite ou camponeses desempenham um papel importante na implementação de soluções para combater a insegurança alimentar. Foi uma das variáveis que influenciaram o sucesso do Chile na luta contra a desnutrição. E o caso do Chile não é o único<sup>13</sup>.

A principal forma que a expansão tomou a articulação de uma rede de cooperativas de laticínios com mais de 100 mil participantes em todo o país. Um papel

---

<sup>13</sup>A experiência tem mostrado que essas iniciativas podem dar resultados favoráveis em países de condições muito diferentes. É o caso da Índia, por exemplo, o segundo país mais populoso do planeta, com 1.033 milhões de pessoas e 221 milhões de desnutridos, que tem feito esforços notáveis no combate à fome e à pobreza. Um de seus eixos foi estimular o desenvolvimento do setor lácteo, causando uma verdadeira “revolução branca” ao triplicar a produção de leite nos últimos 20 anos e ser hoje o maior produtor mundial. Isso implicou em um aumento no consumo de calorias por dia de uma média de 500 em 1980 para 800 em 2000. Este fenômeno tem arrecadado a renda de 90 milhões de famílias indígenas, a maioria pequenos agricultores ou unidades familiares com um ou dois animais leiteiros.

importante foi desempenhado pelo acesso ao crédito rural e serviços de apoio à produção para os agricultores pobres. Durante a década de 1960, o país realizou ações para impulsionar a produção de leite por meio do apoio a cooperativas de laticínios e do desenvolvimento de tecnologia para o setor. As medidas complementares foram a criação do Programa de Alimentação Escolar (PAE) em conjunto com o Conselho Nacional de Auxílio Escolar e Bolsas (JUNAEB) em 1964, atendendo inicialmente a alunos do ensino fundamental (1964-1990). Em 1970, Allende assumiu como o novo presidente do Chile, inaugurando uma estreita colaboração entre o poder político e as propostas de Monckeberg. Isto é durante o governo de Unidade Popular, então, quando os tempos de as medidas mais importantes para superar a desnutrição, seguiram quatro linhas principais: i) distribuição de leite para a população de risco (gestantes, mães que amamentam, bebês e crianças); ii) aumento da infraestrutura para o exercício da saúde pública, principalmente nos consultórios médicos, com educação de mulheres-mães; iii) promoção da educação e distribuição de alimentação em estabelecimentos de ensino; e iv) saneamento garantindo água beber e coleta de esgoto. No período de Salvador Allende (1970-1973) foi realizada a “Campanha pelo meio litro de leite”, que visava entregar meio litro de leite por dia a cada criança, inicialmente para crianças até 8 meses de idade, posteriormente expandindo até os 14 anos. É estabelecido então o Plano de Emergência de Saúde, que além da garantia de meio litro de leite por criança por dia era composto por um plano especial contra diarreia infantil (PEMJEN, 2011).

Posteriormente, durante a ditadura militar de Augusto Pinochet, em 1974, foi criado o Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição. Em 1978, iniciou-se a segmentação por diferentes públicos e necessidades nutricionais, considerando duas categorias, O PNAC Básico e PNAC, reforço destinado à entrega de alimentos a meninos e meninas com estado nutricional normal, crianças com desnutrição, gestantes, amas de leite e suas famílias. Essas políticas contínuas e intersetoriais com ênfase no bem-estar social, nas quais intervieram atores públicos e privados, contribuíram para que, no início do século XX, o Chile superasse a desnutrição e reduzisse substancialmente a mortalidade infantil (ACEVEDO, 2016).

Com o passar dos anos, tanto o PNAC quanto o PAE ampliaram sua cobertura para novos grupos. O PNAC incluiria bebês prematuros e pessoas com doenças metabólicas (2003), reforçando seu caráter universal (MINSAL, 2010). No caso do PAE, a cobertura em grupo atingiu alunos do ensino médio (1993), creche (1994), pré-escola e adultos (2001) e pacientes celíacos (2015). Além disso, em 1999 foi criado o Programa

de Alimentação Complementar para Idosos (PACAM) com o objetivo de prevenir e tratar as carências nutricionais da população na terceira idade (ACEVEDO, 2016).

Outras políticas complementares correspondem à criação em 1998 do Plano Nacional de Promoção da Saúde e do Conselho Nacional de Promoção da Saúde Vida Chile (Salinas et al, 2007) como entidades de coordenação intersetorial e com enfoque já em outros aspectos dada a remissão da desnutrição com déficit de peso (MINSAL, 2010).

O período de 1900 a 1990 pode ser considerado como um período de desnutrição e alta morbimortalidade infantil. Contudo, ao final do século XX, já era enfrentado pelo Chile um outro tipo de má nutrição, na forma de doença e fator de risco a diversas comorbidades. Fala-se agora então da obesidade, cujas políticas seguem com tal enfoque a partir daqui nesse estudo.

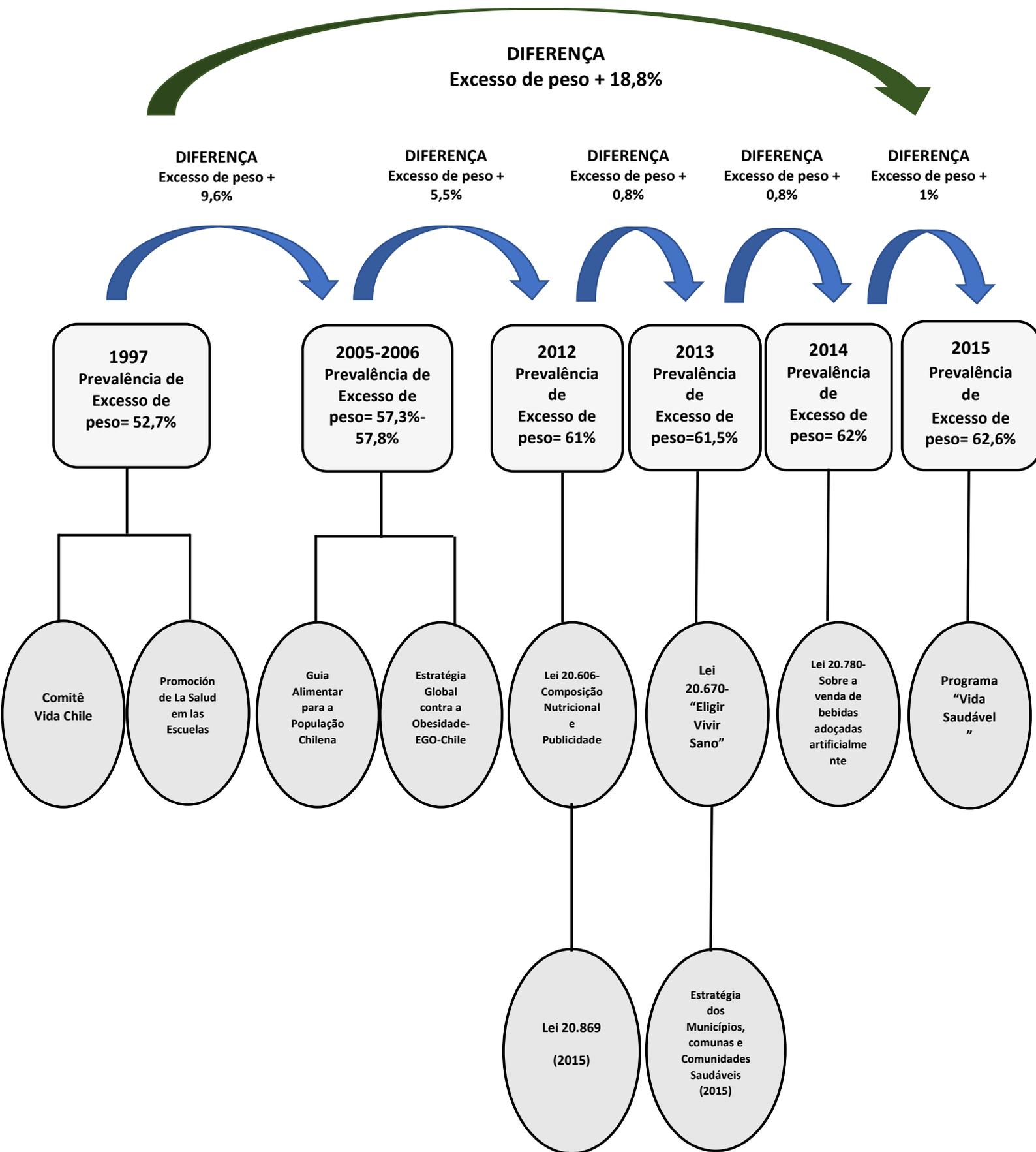
## 7.6 POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS DE AÇÃO DIRETA À PREVENÇÃO E AO CONTROLE DA OBESIDADE NO CHILE

O Ministério da Saúde do Chile vem adotando, desde o final do século XX, medidas políticas específicas para controlar a epidemia de obesidade que, há décadas, apresenta aumento progressivo da prevalência na população chilena.

As ações realizadas centram-se em dois eixos principais: os determinantes sociais da saúde relacionados com os ambientes alimentares e o comportamento das pessoas. Essas ações visam reduzir o consumo de alimentos não saudáveis tanto quanto aumentar o consumo de alimentos saudáveis (OSLAC, 2017).

Abaixo, é apresentada uma Linha “marco-temporal” das políticas públicas com atuação direta na prevenção e no controle da obesidade no país, desde o surgimento da primeira iniciativa governamental com foco no problema.

**Fluxograma 3-** Linha “marco-temporalas de políticas públicas de combate à obesidade no Chile



Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados do GHO- *Global Health Observatory* da WHO.

Estado membro das Nações Unidas, o Chile adotou a estrutura *Health in All Policies* (Saúde em Todas as Políticas). A estrutura responsabiliza os formuladores de políticas pelo impacto de tais decisões na saúde. Esse referencial reconhece que os determinantes sociais da saúde e que as decisões dos diversos setores podem afetar a saúde da população. Portanto, os problemas de saúde, que muitas vezes fogem ao papel do setor saúde, devem ser enfrentados por meio de políticas públicas intersetoriais. No país, as políticas públicas de combate e controle da obesidade consistem primeiramente em seguir as diretrizes baseadas nos tipos de alimentos, estabelecendo impostos para determinados produtos visando a diminuição do consumo e a promoção de uma alimentação saudável. Atua fortemente regulando a publicidade de produtos ultraprocessados, impondo padrões de rotulagem nos alimentos, evidenciando o conteúdo nutricional dos produtos. Trabalha-se ativamente para uma melhor educação alimentar e nutricional e exige-se uma alimentação escolar saudável (WHO, 2014).

Foram utilizados documentos do Ministério da Saúde chileno, o MINSAL, para a realização da descrição e avaliação da maioria das políticas desta análise visto a pouca disponibilidade de bibliografia relevante no tocante à descrição das ações e estratégias precursoras das políticas de controle e prevenção à obesidade.

#### Marco 01 --> O conselho Vida Chile

O Ministério da Saúde do Chile, ciente das consequências da obesidade e da carga relacionada à doença, estabeleceu o Plano Nacional Promoção da Saúde (PNPS), com base na estratégia de desenvolver os cuidados primários de saúde e com o propósito de contribuir para enfrentar os desafios do novo perfil epidemiológico e econômico social do país. Logo na sequência, foi criado o Conselho Nacional para a Promoção da Saúde Vida Chile, o Vida Chile, órgão de coordenação intersetorial presidido pelo Ministro da Saúde e integrado por 28 instituições públicas e privadas em todo o país, em 13 regiões, alcançando 310 dos 347 municípios do país. O intuito do Vida Chile é assessorar os ministérios para o desenvolvimento de políticas saudáveis e coordenar um plano de ação estratégico de caráter intersetorial, desenvolvendo planos de ação da forma mais participativa possível, de forma a garantir as prioridades locais e a sua correta implementação. Segundo Ministério da Saúde, cerca de 45% da população chilena

participa de alguma organização social, principalmente religiosa, esportiva e territorial (incluindo associações de bairro e centros para pais e responsáveis) (MINSAL, 2012).

O Vida Chile conta com uma rede de conselhos locais articulados sob a ideia norteadora de "Construir um País Mais Saudável". Os conselhos comunitários Vida Chile têm caráter participativo e são compostos por representantes de organizações sociais e comunitárias, autoridades municipais, serviços públicos locais e entidades privadas. Seus objetivos básicos são colaborar com o diagnóstico participativo de saúde e qualidade de vida e participar da formulação, implementação e avaliação do Plano de Promoção da Saúde Comunitária (SALINAS *et al*, 1999).

O Vida Chile estabeleceu cinco prioridades para a década, com metas intersetoriais destinadas a reduzir a prevalência de obesidade, estilo de vida sedentário e tabagismo e aumentar os fatores de proteção psicossociais e ambientais. A maioria destas metas passou a fazer parte dos Objetivos Sanitários da Reforma Sanitária. Para atingir estes objetivos, o Ministério da Saúde tem implementado, sistematicamente, planos de promoção da saúde em todas as regiões do país, consistindo em intervenções comunitárias em nível local e ações nacionais de apoio ao desenvolvimento de recursos humanos, comunicação, participação social, reorientação dos serviços de saúde. e regulamento (SALINAS *et al*, 1999; MINSAL 2012).

Numa primeira fase, as intervenções locais priorizaram o trabalho com organizações sociais, estabelecimentos de ensino e atenção primária à saúde e, posteriormente, centros de trabalho, universidades e entidades do setor privado empresarial. Entre os principais marcos desse processo estão as três edições do Congresso Chileno de Promoção da Saúde, em 1999, 2002 e janeiro de 2007, e o Fórum das Américas, organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2002, onde foi assinado o Compromisso Chileno com a Promoção da Saúde. A partir dessa análise, diferentes estratégias e programas que compõem a PNPS foram implementados de forma gradual e sistemática, como a estratégia de declaração de promotores de saúde em escolas, comunas e locais de trabalho.

### Marco 02 --> Promoção de Saúde nas Escolas

Segundo LEGER (2000)

"A promoção da saúde no ambiente escolar é designada por qualquer atividade realizada para melhorar e/ou proteger a saúde de todos aqueles que trabalham, estudam e vivem na escola"

As atividades de promoção da saúde na escola estão relacionadas a seis variáveis.

1) Políticas escolares saudáveis- Definidas em documentos ou práticas geralmente aceitas pelos estudantes que promovem a saúde e o bem-estar. Existem muitas políticas que promovem a saúde e o bem-estar, por exemplo, aquelas que promovem a disponibilidade de alimentos saudáveis na escola.

2) O ambiente físico da escola- O ambiente físico refere-se aos edifícios, terrenos, espaços recreativos e equipamentos dentro e ao redor do terreno da escola: o projeto e a localização do edifício, o fornecimento de luz natural e sombra suficiente, a criação de espaços para exercícios físicos e instalações para ensino e alimentação saudável.

3) O ambiente social da escola- Dispõe sobre a qualidade das relações entre funcionários e alunos e entre os alunos. É influenciado pelo relacionamento com os pais e com a comunidade em geral. Trata-se de estabelecer relações de qualidade entre todas as pessoas que compõem a comunidade escolar ou que com ela, de alguma forma, se relacionam para que se sintam em um ambiente próspero à realização de atividades físicas em grupo.

4) Habilidades de saúde individuais e competências para ação- Refere-se tanto ao programa curricular formal e informal quanto às atividades a ele relacionadas, por meio das quais os alunos adquirem conhecimentos, tomam consciência e realizam experiências adequadas à sua idade que lhes permitem adquirir habilidades de atuação para melhorar sua saúde e seu bem-estar e de outras pessoas em sua comunidade e além, e melhorar seus resultados acadêmicos.

5) Vínculos com a comunidade- Os laços comunitários são as relações entre a escola e as famílias dos alunos, por um lado, e com grupos e indivíduos-chave da comunidade, por outro. A consulta adequada a esses grupos e seu envolvimento no apoio à escola proporcionam aos alunos e funcionários o ambiente e o suporte necessários para suas ações.

6) Serviços de saúde- São os serviços de saúde locais e regionais, vinculados à criança, à escola ou por vezes a ela alicerçada, que assumem a responsabilidade pela atenção à saúde e pela promoção da saúde da criança e do adolescente, por meio da prestação de serviços diretos aos alunos, inclusive aqueles com necessidades especiais (LEGER, 2010).

Ao se considerar essas seis áreas de atuação, é possível visualizar a grande rede de atuação que essas estratégias possuem, seja cuidando da alimentação da comunidade escolar, por meio de quiosques saudáveis, com foco na atividade física, ou implementando espaços de recreação para a comunidade escolar (LEGER, 2010).

A Política de Promoção de Saúde nas Escolas atua em espaços educacionais, de creches a escolas. A política de promoção foi implementada desde 1997 e, em 2000, as metas para 2010 foram estabelecidas para reduzir a prevalência de obesidade em crianças pré-escolares de 10% para 7%, em escolares que ingressam no primeiro ano da escola primária de 16% a 12% e em mulheres grávidas de 32% a 28%. Além disso, propõe-se reduzir o sedentarismo, o tabagismo e aumentar a participação da população nas organizações sociais (Figura 11) (MINSAL, 2012).

**Tabela 11** — Metas intersetoriais do Programa de Saúde nas Escolas

<b>Metas intersectoriales al 2010</b>		
<b>INDICADOR</b>	<b>2000 %</b>	<b>2010 %</b>
Obesidad pre-escolar P/T >2 DE	10	7
Obesidad 1° básico P/T >2 DE	16	12
Obesidad embarazada	32	28
Sedentarismo mayor 15 años	91	84
Tabaquismo 8° básico	27	20
Tabaquismo mujeres	45	40
Población en organizaciones	4	10

Fuente: Ministerio de Salud, 2000.

Fonte: Ministério da Saúde, 2000.

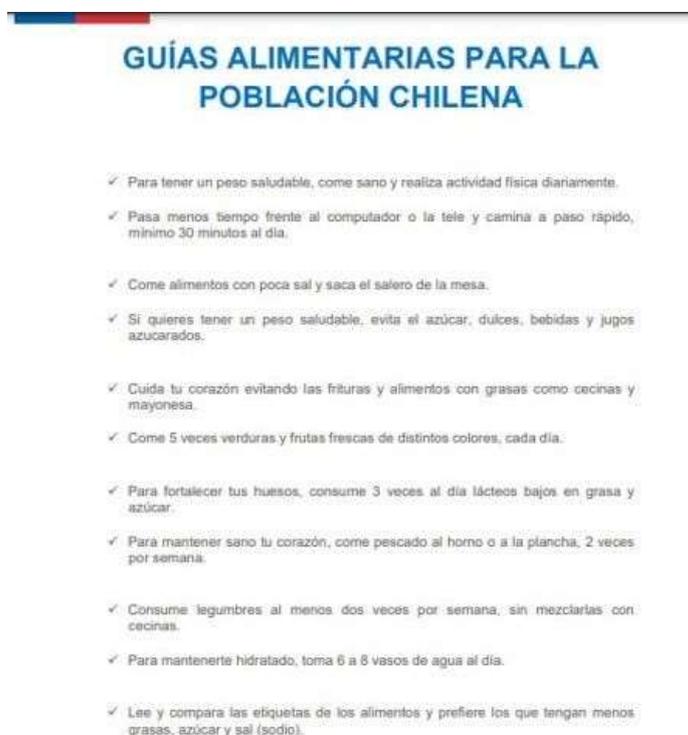
Esta política, especificamente, não teve resultados positivos. A obesidade em crianças menores de 6 anos era de 9,4% em 2009 e em 2012 atingiu 10,3%, de 2 a 3 anos a obesidade era de aproximadamente 6%; de 3 a 4 de 11%, e de 4 a 5 chegava a 16%. Na JUNAEB, que mede e pesa todas as crianças de 6 anos que ingressam na primeira série a cada ano, a obesidade atingiu 23,1% em 2010 e 22,1% no ano seguinte (MINSAL, 2015).

Marco 03 --> Guías Alimentarias para la Población Chilena- GABA (Guias Alimentares para a População Chilena)

Em 1997, o Ministério da Saúde oficializou a Pirâmide Alimentar como o gráfico representativo das diretrizes dietéticas para a população, o Guia Alimentar. Em 2014, um novo gráfico foi desenhado e validado, que substituiu a pirâmide alimentar de forma a representar claramente a variedade e proporcionalidade dos alimentos recomendados para consumo, distinguindo também os alimentos sugeridos para serem evitados e incorporando a recomendação de atividade física diária (MINSAL, 2015).

Os guias alimentares baseados em alimentos (GABA) (Quadro 5) destinam-se a autoridades de saúde e equipes de estabelecimentos de saúde em nível nacional, regional e local, a educadores e equipes intersectoriais, a organizações sociais e à comunidade em geral. Constituem um instrumento fundamental para a promoção e educação em alimentação saudável e atividade física, de forma a contribuir para a prevenção e redução das doenças crônicas não transmissíveis, em especial a obesidade. As "GABAS" são acompanhadas de uma IMAGEM GRÁFICA (Figura 14) que representa a variedade e proporcionalidade dos alimentos que se recomendam consumir, com o objetivo de auxiliar a população a identificar e seguir as recomendações dietéticas para uma boa nutrição e saúde (MINSAL, 2015).

**Quadro 5** — Guías Alimentarias para Población Chilena- Indicações



Fonte: MINSAL, 2015

A mensagem geral de todos os elementos, que compõem a imagem do GABA, está relacionada ao primeiro guia alimentar “Para ter um peso saudável, alimentação saudável e realizar atividade física diariamente”, aludindo à importância de se atingir um equilíbrio entre o consumo e gastos com alimentos e energia por meio de atividade física e exercícios (MINSAL, 2013).

Os alimentos incluídos no círculo (Figura 14) representam a variedade e proporcionalidade do consumo de grupos de alimentos que devem ser incluídos em uma alimentação saudável, principalmente alimentos de alto "valor nutritivo" que podem ser preparados de forma saudável, representando as seguintes orientações dietéticas: "Coma 5 vezes vegetais frescos e frutas de diferentes cores, todos os dias", "Para fortalecer os ossos, consumir laticínios com baixo teor de gordura e de açúcar 3 vezes ao dia", "Para manter o coração saudável, coma peixe assado ou grelhado, 2 vezes por semana", "Consuma legumes pelo menos duas vezes por semana, sem misturá-los com carne seca" e " Para ficar hidratado, beba 6 a 8 copos de água por dia" (MINSAL, 2013).

Os alimentos incluídos na faixa inferior representam alimentos com alta densidade energética e baixo valor nutricional (OPAS, 2015), que possuem alto teor de sal / sódio, açúcares e gordura saturada, por isso é recomendado evitar o seu consumo. Estão relacionados com as seguintes orientações dietéticas: “Coma alimentos com pouco sal e tire o saleiro da mesa ”, “ Se quiser ter um peso saudável, evite açúcar, doces, bebidas e sucos açucarados ”, “ Cuide do coração evitando frituras e alimentos com gorduras como charque e maionese ”, “ Leia e compare os rótulos dos alimentos e prefira aqueles com menos gordura, açúcar e sal (sódio) ”(MINSAL, 2013).

A faixa lateral que circunda o círculo representa a recomendação de atividade física "Passe menos tempo em frente ao computador ou TV e caminhe rapidamente, pelo menos 30 minutos por dia" e incorpora mais atividades além da caminhada, para incentivar diferentes formas de atividade física, de acordo com os interesses de cada pessoa ou família (MINSAL, 2013).

**Figura 15** — Guía Alimentaria (GABA)- Representação



Fonte: MINSAL, 2015

### **Marco 05**

**Ano de 2006 --> ESTRATÉGIA GLOBAL CONTRA LA OBESIDADE (EGO-CHILE)**

O Ministério da Saúde lançou a Estratégia Global contra a Obesidade (EGO CHILE) (Figura 15) em 2006 para reduzir, ou ao menos, estabilizar a prevalência da obesidade. Esta estratégia foi continuada por diferentes ações de promoção e prevenção. A Estratégia Global contra a Obesidade (EGO) nasceu como reflexo do que a Organização Mundial da Saúde, na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, estabeleceu como “Estratégia Global da OMS sobre Dieta, Atividade Física e Saúde (DPAS), dois anos antes, para conseguir “a mudança de comportamento da sociedade e dos indivíduos”, que permite reduzir a obesidade e as doenças crônicas não transmissíveis” (ABELLO, 2007).

Essa estratégia (EGO) considera a natureza multidimensional dos fatores socioculturais envolvidos no problema da obesidade, que devem ser enfrentados por meio

de políticas e ações multissetoriais e intersetoriais. Este instrumento gera orientações que envolvem o campo da saúde, o ambiente familiar e comunitário, o ambiente escolar, o ambiente empresarial e, por fim, o ambiente acadêmico e as sociedades científicas. O programa EGO CHILE “tem uma vertente importante de comunicação social, cujo maior intuito é que incentive a melhoria dos hábitos alimentares e a prática regular de atividade física” (MINSAL, 2009).

**Figura 16** — Logomarca da Estratégia Ego-Chile



Fonte: MINSAL, 2015

A aplicação desta estratégia é formalizada por meio de atividades, ações, recomendações, acordos e compromissos voluntários, auto-regulamentação, regulamentos e alianças. Pretende-se que as instituições do Estado, do setor privado, do parlamento e outros, trabalhem em conjunto para promover políticas, legislações e programas que visem a melhoria dos hábitos alimentares e o aumento da atividade física da população, tendo em conta os determinantes sociais e culturais, de forma a integrar os princípios da sustentabilidade, participação social e equidade.

O Ego-Chile apresenta muitos avanços ao longo de sua trajetória de 15 anos. Entre suas conquistas mais notáveis estão:

- O aumento do aleitamento materno exclusivo no sexto mês para 49% e a estabilização da curva ascendente da obesidade em crianças menores de 6 anos, em torno

de 7%. Nesse contexto, foi incorporada a orientação nutricional para a criança saudável, aos cinco meses e 3,5 anos, e para a mulher no terceiro e sexto mês pós-parto.

- A incorporação de um modelo integral de atenção a crianças e adultos obesos com fatores de risco associados: o programa de iniciativa Minsal-Fonasa, de intervenção multidisciplinar, não farmacológica, de quatro meses, com ênfase na mudança de hábitos alimentares e atividade física. Os resultados mostraram melhora no estado nutricional e nas doenças metabólicas, o que tem justificado sua extensão para novos centros de atenção primária no país.

- A Rotulagem nutricional obrigatória dos alimentos, em espanhol conhecida pela sigla ENOA- *Etiquetado nutricional obligatorio* de alimentos que, a partir de 6 de novembro de 2006, entrou em vigor com o decreto do Ministério da Saúde que obriga todos os alimentos a serem comercializados embalados, para levarem no rótulo, as informações nutricionais regulamentadas. O ENOA é mais uma ferramenta para o autocuidado e um importante avanço na promoção de alimentação saudável. O objetivo da aplicação deste regulamento é que o consumidor tenha à sua disposição as informações sobre o aporte de energia, proteínas, lipídeos, carboidratos e sódio. Para dar início ao processo educativo dessa medida, foram distribuídas cerca de seis milhões de cartilhas com informações explicativas sobre a leitura dos rótulos.

- Nova curva de crescimento da OMS: o Chile é o primeiro país da América Latina a implementar a aplicação da nova curva de crescimento da OMS, como parte de sua política nacional de vigilância nutricional de alimentos. Dessa forma, o país aplica o melhor padrão disponível para avaliação do estado nutricional da população infantil menor de seis anos, possuindo, assim, uma grande ferramenta de tomada de decisão para políticas e programas de nutrição regionais e nacionais.

- Atualização de regulamentos para avaliação nutricional, manejo da desnutrição e diretrizes dietéticas.

- Capacitação: realização de workshops para equipes de saúde em todo o país com ênfase em novas regulamentações, rotulagem nutricional, aconselhamento individual e em grupo sobre vida saudável e aplicação da nova curva de crescimento da OMS.

-Divulgação: Todos os documentos relativos às novas regulamentações, material educativo e informações da EGO estão disponíveis para as equipes de saúde na intranet do MINSAL e para a população em geral, no site do Ministério da Saúde, na seção de alimentação e nutrição e para grupos populacionais específicos no site [www.ego-chile.cl](http://www.ego-chile.cl) com portais para pais, professores e crianças.

- Incorporação obrigatória do componente obesidade e sedentarismo nos planos regionais de saúde: desde 2007 esses planos privilegiaram intervenções na obesidade e no sedentarismo em escolares de todo o país, o que corresponde à versão escolar EGO da estratégia EGO. Durante o ano de 2007 mais de 700 estabelecimentos em todo o país foram intervencionados e em 2008 já haviam sido atingidos cerca de 1000 programas alimentares.

O atual modelo de gestão de programas alimentares tem se mostrado bastante eficaz em seu objetivo de entrega de alimentos complementares e geração de impacto nas mudanças nutricionais na população-alvo. Nessa perspectiva de modernização, mudanças nutricionais foram incorporadas aos produtos e novos produtos para serem consistentes com a estratégia EGO. Ainda em 2004, a fórmula nutricional do produto Cereal Purita foi modificada, reduzindo o teor de gordura para 18% e substituindo o teor de cálcio natural do leite. Desde 2008, também, foi iniciada a distribuição do produto "Purita Mamá", uma bebida láctea para gestantes e amamentas, com menor teor de gordura e lactose, também rica em vitaminas e alguns minerais e com incorporação de ácidos graxos ômega -3, ácido eicosapentaenóico (EPA) e ácido docosahexaenóico (DHA), nutrientes essenciais para o desenvolvimento do cérebro e da retina do feto e do recém-nascido (MINSAL, 2015).

### **Marco 05**

#### **Ano de 2012 --> LEY SOBRE EL ETIQUETADO Y PUBLICIDAD DE LOS ALIMENTOS (LEI SOBRE ROTULAGEM E PUBLICIDADE DE ALIMENTOS)**

Em 2012, o governo chileno promulgou a lei sobre a composição nutricional dos alimentos e sua publicidade (Lei 20.606). A lei também restringe a publicidade de alimentos com o rótulo "ALTO EM" dirigida a menores de 14 anos e visa garantir que haja um fornecimento adequado de alimentos saudáveis nos estabelecimentos de ensino ao proibir a venda, promoção e entrega gratuita de alimentos não saudáveis para berçários, escolas primárias e secundárias.

A Lei nº 20.606 sobre a composição nutricional dos alimentos e sua publicidade, comumente chamada de "Lei Alimentar" ou "Lei de Rotulagem", busca simplificar as informações nutricionais para componentes de alimentos relacionados à obesidade e outras doenças não transmissíveis, proteger crianças e adolescentes da publicidade de alimentos nutrientes "ALTO EM" relacionados à obesidade e outras doenças não

transmissíveis e melhorar a oferta e disponibilidade de alimentos nos estabelecimentos de ensino, incorporando três intervenções: 1. Rotulagem frontal de alimentos “ALTO EM” 2. Restrição à publicidade desses alimentos 3. Restrição de acesso a alimentos “ALTO EM” nas escolas. Atualmente, a iniciativa é composta por quatro etapas. Na quarta fase (prevista para 2022), os rótulos “ALTO EM” passarão a valer para macro produtores e micro produtores de alimentos (Figura 16). À medida que avança, os padrões de exigência quanto aos limites de gorduras, calorias, açúcares e sódio nos alimentos comercializados se elevam (Diagrama 3).

**Figura 17** — Rotulagem exigida pela Lei 20.606 em alimentos que ultrapassem os limites das propriedades alimentares



Fonte: MINSAL, 2012

**Diagrama 3** — Propósitos da Lei de Rotulagem



Fonte: MINSAL, 2012

Para definição de quais eram os alimentos sujeitos a esta lei, o que se fez foi observar os limites que os alimentos têm na natureza, em termos de açúcares, sódio, gorduras saturadas e energia, e, a partir desses limites, foram fixados os níveis e os conteúdos que a comida devia ter, para que quem a excedesse ficasse sujeito a esta lei” (CORVALÁN, 2015).

Na tentativa de dar à indústria mais tempo para responder a essa nova regulamentação e, eventualmente, reformular seus alimentos, foi estabelecida uma implementação em fases, o que significou ter limites um pouco maiores no início da lei, em 2016, que foram reduzidos em 2018, tornando-os mais rígidos. O objetivo era se atingir, no ano de 2019, os limites que foram inicialmente traçados e que deveriam estar vigentes desde o início da Lei (CORVALÁN, 2015).

O ajuste dos limites da lei, significa, na prática, que produtos sólidos, a cada 100 gramas, devem ter o selo de advertência ao passar de 300 calorias, 500 mg de sódio, 15 gramas de açúcar e 5 gramas de gordura. No caso dos líquidos, na segunda fase da lei, já ficava estabelecido que a cada 100ml, deverão portar selos se excederem 80 calorias, 100 mg de sódio, cinco gramas de açúcares e três gramas de gordura, mais restritivos de como era na primeira fase, quando tinham que fazer quando passavam 100 calorias, 100 mg de sódio, 6 gramas de açúcar e 3 gramas de gordura saturada (Quadro 6).

Em junho de 2017, um ano após a entrada em vigor da lei, o MINSAL divulgou um relatório de avaliação da regulamentação em que destacava que em 3.008 fiscalizações de controle, o cumprimento alcançado era de 72%. Foram desenvolvidos protocolos de monitoramento e realizadas fiscalizações dirigidas, que obedecem a certos critérios de priorização, porque não há capacidade de controlar tudo. Das mais de 3 mil fiscalizações, as não conformidades detectadas atingiram 845 casos, originando sumários que se atribuíram a problemas de rotulagem, publicidade dirigida a crianças (contentores ou local de venda) e também à venda de alimentos "ALTO EN ” em estabelecimentos de ensino.

**Quadro 6** — Limites tolerados, em gramas e mililitros, por fases da Lei 20.606**Limites para alimentos sólidos :**

	Primeira fase	Segundo estágio	Terceira fase
Calorias	350 kcal / 100g	300 kcal / 100g	275 kcal / 100g
Sódio	800mg / 100g	500mg / 100g	400mg / 100g
Açúcares	22,5g / 100g	15g / 100g	10g / 100g
Gorduras saturadas	6g / 100g	5g / 100g	4g / 100g

**Limites para alimentos líquidos :**

	Primeira fase	Segundo estágio	Terceira fase
Calorias	100 kcal / 100ml	80 kcal / 100ml	70 kcal / 100ml
Sódio	100mg / 100ml	100mg / 100ml	100mg / 100ml
Açúcares	6 g / 100ml	5g / 100ml	5g / 100ml
Gorduras saturadas	3 g / 100ml	3 g / 100ml	3 g / 100ml

Fonte: MINSAL, 2012

--> Lei 20.869- Ley sobre publicidad de los alimentos.

Esta Lei, de 2018, estabelece disposições relativas à publicidade de alimentos. Em particular, é proibida a publicidade que induza ao consumo de alimentos rotulados como alto teor calórico ou alto teor de sal (conforme inciso 1 do art. 5º da Lei nº 20.606) dirigida a menores de quatorze anos. Fica, também, previsto que nenhuma publicidade alimentar poderá alegar que os referidos produtos, por si só, satisfazem as necessidades nutricionais de um ser humano.

A Lei da Publicidade, em suma, altera a Lei nº 20.606 sobre Rotulagem Nutricional de Alimentos, estabelecendo limites para a publicidade de alimentos dirigida a menores de 14 anos e proibindo a atividade publicitária de fórmulas infantis.

A Lei da Publicidade confirma os critérios contidos na Lei 20.606, no sentido de proibir todo tipo de publicidade de alimentos “Alto em” dirigida a menores de 14 anos. Além disso, a Lei de Publicidade acrescenta restrição de horário para a publicidade de alimentos "alto em" voltada para maiores de 14 anos, nos cinemas e na televisão. Toda essa publicidade não pode ser exibida entre 6h00 e 22h00.

Sem prejuízo do anterior, a Lei da Publicidade prevê certos casos excepcionais em que as ações publicitárias podem ser realizadas fora do horário indicado para alimentos "alto em" dirigidos a maiores de 14 anos (eventos desportivos, culturais, artísticos ou de entretenimento). Embora o Ministério da Saúde não tenha emitido parecer oficial a este respeito, e considerando que o Decreto n.º 13/2015 do MINSAL estabelece quais são os alimentos “elevados” que entraram em vigor em junho de 2016, estima-se que a referida restrição à publicidade de tais alimentos deve estar sujeita à validade do referido Decreto.

Quanto à publicidade de fórmulas infantis, a lei proíbe qualquer atividade publicitária de substitutos do leite materno. A referida proibição inclui tanto as fórmulas iniciais como as fórmulas de continuação, conforme definidas no Decreto n.º 977, Regulamento Sanitário Alimentar.

As violações a esta disposição serão sancionadas através do procedimento estabelecido no Livro X do Código de Saúde (sumário de saúde).

## **Marco 06**

### **Ano de 2013 --> “ELIGE VIVIR SANO” (ESCOLHA VIVER SAUDÁVEL)**

*Eligir Viver Sano* é um programa nacional, com o objetivo de promover a alimentação saudável e a atividade física. Em 2013, foi promulgada a Lei *Eligir Vivir Sano* (Lei-20.670), que, posteriormente, institucionalizou o programa, obrigando os diversos setores do estado, como saúde, educação e desporto, com competência em matérias relacionadas com a promoção de estilos de vida saudáveis, a incorporar políticas, planos e / ou programas de promoção de um estilo de vida saudável e promoção da prevenção da obesidade e DCNT (Figura 17).

O Programa tem como conceito gerar hábitos e estilos de vida saudáveis em todos os chilenos para reduzir os fatores de risco e comportamentos associados às doenças crônicas não transmissíveis e, como objetivos específicos, promover uma alimentação saudável e incentivar a atividade física, além de que o indivíduo divulgue os benefícios das atividades aos seus familiares. Outro objetivo foi promover o contato com a natureza, o respeito ao meio ambiente e a vida ao ar livre (MINSAL, 2019).

A sua missão é que seja um programa pró-ativo, positivo e prático, pois convida os cidadãos a incorporar compromissos de ação em suas vidas (Alimente-se com Saúde, Mexa o Corpo, Viva com a Família e Aproveite o Ar Livre) e a visão é tornar-se uma

referência de qualidade de vida para os chilenos e uma política pública institucionalizada e sustentável de médio e longo prazo (MINSAL, 2019).

O Programa faz parte da Estratégia Nacional de Saúde 2011-2020. Dos 50 objetivos de saúde da Estratégia, para 2020, 16 são objetivos *Elige Vivir Sano*, como diminuir a prevalência da obesidade infantil, aumentar a prevalência de atividade física nos jovens e aumentar as comunas com áreas verdes.

**Figura 18** — Logomarca do Programa "Elige Vivir Sano"



Fonte: MINSAL, 2013

De coordenação interministerial, já foram implementados planos de saúde comunitários em 288 comunas relacionados com os compromissos "Escolha Viver Saudável" através de encontros esportivos, oficinas de capacitação de professores, melhoria de ambientes, implantação de praças etc., com investimento de milhões de pesos (MINSAL).

Em menos de 1 ano de programa, 1.116 escolas foram beneficiadas com melhor infraestrutura esportiva por meio da aquisição de equipamentos esportivos destinados a meninas, meninos e jovens para o desenvolvimento de atividades físicas e esportivas, como mesa de pingue-pongue, bolas, esteiras, baliza de futebol, etc. e 891 escolas foram beneficiadas por projetos competitivos de oficinas de esportes recreativos, correspondendo às escolas com maior IVE (índice de vulnerabilidade), beneficiando cerca de 45.000 alunos.

Através da aliança público-privada, foi realizado, em 2011, o "Passeio Escolha Viver Saudável" que percorreu 45 cidades do país. Uma equipe de 18 pessoas, incluindo

um chef, nutricionistas, cinesiologistas e instrutores de dança deram conselhos práticos para mudar hábitos, com a participação de 100.000 pessoas.

#### --> ESTRATEGIA DE MUNICIPIOS, CIUDADES Y COMUNIDADES SALUDABLES (ESTRATÉGIA DE MUNICÍPIOS, CIDADES E COMUNIDADES SAUDÁVEIS)

Em 2013, o Ministério da Saúde do Chile lançou a estratégia Municípios, Cidades e Comunidades Saudáveis.

O objetivo da Estratégia de Municípios, Comunas e Comunidades Saudáveis é fortalecer o papel do município como ator para melhorar os resultados em saúde e qualidade de vida de sua população, em parceria com a comunidade e que seja intersetorial. Há um planejamento estratégico de três anos. Avaliações do programa permitiram seu redesenho. Em 2015, iniciou-se a implementação da estratégia em suas fases de organização e planejamento estratégico, em 331 municípios do país, concretizando acordos intersetoriais, em nível nacional, e compromissos políticos com Prefeitos do país. Promovido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Associação Chilena de Municípios, é um exemplo de articulação intersetorial e atuação multinível.

Embora não tenha um compromisso político expresso em decreto ou lei, a sustentabilidade dos programas de Promoção da Saúde no Ministério da Saúde mostra que a estratégia está inserida nele. Isso é reiterado na visão do Ministério e nas diretrizes estratégicas do setor que, entre outras, indicam a necessidade de avaliar e redesenhar as políticas públicas existentes, com enfoque equitativo, visando aumentar os bens públicos em saúde, formulando políticas de promoção de estilos, de saúde, vida saudável e maior acesso e disponibilidade de alimentos seguros e saudáveis. A estratégia é gerida pelo Ministério da Promoção da Saúde e tem como estrutura própria a Comissão Intersetorial criada em cada comuna e a Comissão Interministerial em nível nacional.

O Ministério da Saúde lidera a estratégia enquanto os prefeitos dos municípios do país promovem a elaboração de diagnósticos integrais de saúde e implementam o Planejamento Estratégico trienal de Promoção da Saúde. O Ministério do Desenvolvimento Social também intervém, com os programas “Viva os seus jardins” e “Escolha uma Vida Saudável em Comunidade”; O Ministério da Educação incorpora as questões da saúde nas orientações temáticas das disciplinas por ciclo e articula-se com entidades como o Conselho Nacional de Assistência Escolar e Bolsas (JUNAEB), o

Conselho Nacional de Jardins de Infância (JUNJI) e a Agência de Qualidade da Educação; o Ministério do Meio Ambiente atua na construção de ambientes saudáveis e compartilhamento da oferta de alimentação saudável (hortas escolares e comunitárias); o Ministério do Esporte, por meio de escolas esportivas abrangentes e do programa Esporte e Participação Social. Além disso, existem acordos de colaboração técnica, na construção de ambientes saudáveis, com os Ministérios da Habitação e Urbanismo e do Ministério dos Transportes e Telecomunicações.

O programa tem seu próprio orçamento do setor de saúde em nível nacional, que pode ser aumentado em nível local por contribuições de outros setores, do município e do setor privado. O programa de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde tem financiamento contínuo de 1998 até a atualidade. No que se refere à redução das desigualdades, a Estratégia de Municípios, Comunas e Comunidades Saudáveis entende que as condições de vida e saúde estão relacionadas aos territórios onde você nasce e vive. Tem como objetivo identificar as causas das causas dos problemas de saúde nos territórios e instalar um plano estratégico trienal em cada um deles, com lideranças locais (MINSAL, 2019).

A estratégia é intersetorial e intrasetorial. Em nível local, cada comuna forma um comitê intersetorial, de acordo com as necessidades locais. No âmbito nacional, foi constituído um comitê interministerial, espaços reforçados com diálogos com os cidadãos e fóruns regionais de saúde pública. Atualmente, o Ministério da Saúde promove diálogos com os cidadãos para enriquecer a nova Política do Esporte. Além disso, foi possível sensibilizar diferentes setores, como habitação, transporte, municípios, entre outros, para o desenvolvimento de ciclovias e infraestrutura para atividade física em espaços de uso público. Evidências científicas foram devidamente utilizadas para avaliar e redesenhar a estratégia. Um sistema formal de avaliação intersetorial está sendo construído sob a abordagem Saúde em Todas as Políticas (MINSAL, 2019).

A participação social, cidadã e comunitária é um eixo transversal à Estratégia de Municípios, Comunas e Comunidades Saudáveis, pois através dela são identificados e compreendidos os problemas. Um dos mecanismos de participação são os diálogos com os cidadãos que, no nível comunal, servem para discutir as leis e políticas locais. Também foram implementados diagnósticos participativos, que fazem parte do diagnóstico abrangente de qualidade de vida que as comunas do país realizaram ao longo de 2015. No mesmo ano, foram realizadas 15 escolas de gestores regionais, onde foram capacitadas

lideranças sociais em Determinantes Sociais da Saúde, Saúde em todas as políticas e na estratégia de Municípios, Comunas e Comunidades Saudáveis (MINSAL, 2019).

### **Marco 07**

**Ano de 2014 --> LEY IMPOSITIVAS SOBRE LAS VENTAS DE BEBIDAS ENDULZADAS ARTIFICIALMENTE (LEI TRIBUTÁRIA SOBRE VENDAS DE BEBIDAS ADOÇADAS ARTIFICIALMENTE) - Nº 20.780.**

Em 2014, o governo chileno promulgou a Lei nº 20.780. A lei visa limitar o consumo de bebidas adoçadas com açúcar. As bebidas naturais, artificiais, energéticas ou hipertônicas, com xaropes ou produto que os substitua ou que sejam utilizados para o preparo de bebidas similares, água mineral ou água com sabor terão uma taxa de 10%. Se a bebida tiver mais de 15 g por 240 ml ou porção equivalente, a taxa será de 18%. Mais especificamente, o país criou um imposto escalonado, aumentando sua taxa de imposto sobre bebidas açucaradas de 13% para 18% naquelas com alto teor de açúcar (ou seja,  $\geq 6,25$  g de açúcar / 100 ml) e reduzindo a taxa de 13% para 10% naquelas com baixo ou nenhum açúcar contéudo (ou seja,  $<6,25$  g de açúcar / 100 ml, incluindo todas as bebidas com adoçantes sem açúcar) (tabela 12) (OPS, 2020).

A justificativa econômica para o uso de políticas fiscais, neste caso dos impostos seletivos para tratar de um problema de saúde pública, como a obesidade, é que as falhas de mercado levam as pessoas a consumir em excesso. Em suas decisões de consumo, os cidadãos podem não levar em consideração internalidades e externalidades negativas, como custos de saúde e perdas na produtividade. As interioridades também podem levar ao consumo excessivo. Assim, a aplicação de um imposto justifica-se face ao consumo excessivo visto que o preço de mercado não leva em consideração o custo integral do consumo. Um instrumento de política fiscal, como um imposto sobre bebidas açucaradas, pode alterar os preços relativos, o que, por sua vez, pode influenciar os comportamentos de consumo (BLOOM *et al.*, 2011).

O tamanho do imposto tem implicações no efeito esperado sobre o consumo das pessoas. A elasticidade-preço da demanda é um parâmetro comum que mede a variação percentual na quantidade demandada como resultado de uma variação de 1% no preço. No caso de bebidas açucaradas, calcula-se que esse parâmetro varia entre -0,8 e -1,3. Desse modo, com base em uma elasticidade de preço de -1,0, um imposto especial de

consumo que aumenta os preços dessas bebidas em 25% deve reduzir o consumo do produto tributado em 25%, em média (CABRERA ESCOBAR, 2015).

**Tabela 12** — Tributação referente a quantidade de açúcar em bebidas não alcoólicas- Lei 20.780

**Conteúdo de açúcar nas bebidas**

	<b>Imposto antes</b>	<b>Imposto atual</b>
<b>Se açúcares &lt; 6,25 gramas/100mL</b>	13%	10%
<b>Se açúcares ≥ 6,25 gramas/100mL</b>	13%	18%

Fonte: MINSAL, 2015

Guerrero-López *et al.* (2017), sugerem que a demanda por refrigerantes, por exemplo, é elástica no Chile e que um aumento de 5% na alíquota dos impostos sobre bebidas não alcoólicas naturais ou artificialmente adoçadas, repassados integralmente nos preços, podem propiciar uma queda de, aproximadamente, 6,85% no consumo de refrigerantes e 8,15% no consumo de outras bebidas. Simultaneamente, um aumento de 5% no preço dos refrigerantes provocaria um aumento de cerca de 3% no consumo de água pura e, em menor grau, na demanda de outras bebidas, como leite, café, chá e mate. Esses resultados, entretanto, dependeriam diretamente dos preços de repasse.

*Sacks et al.*(2021) realizam uma revisão sobre as evidências recentes do impacto dos impostos sobre alimentos e bebidas não saudáveis nas compras em diversos países, incluindo o Chile. Os autores demonstram que os impostos, já implementados em 40 países, tiveram efeitos diferenciados nas vendas e compras de bebidas adoçadas com açúcar, em diferentes grupos socioeconômicos. No Chile, os grupos de renda mais alta parecem ter sido mais responsivos. Destacam ainda dois estudos de modelagem recentes naquele país. O primeiro descobriu que um imposto de 30% sobre alimentos para os quais o marketing é restrito (com base em alimentos que excedem os limites de sódio, gordura saturada e açúcar adicionado) deveria reduzir significativamente o consumo de alimentos não saudáveis, sem aumentar a ingestão de quaisquer nutrientes de risco. O outro estudo

utilizou um modelo existente de perfil de nutrientes para definir e aplicar uma taxa de 20% sobre alimentos não saudáveis. Os autores estimaram que, se o imposto fosse aplicado a uma ampla gama de produtos alimentícios, a ingestão geral de nutrientes seria significativamente melhorada, incluindo diminuição da ingestão de energia, açúcar, gordura saturada e sódio, e aumento da ingestão de proteínas e fibras.

### **Marco 08**

#### **Ano de 2015 --> PROGRAMA ELIGE VIDA SANA (PROGRAMA ESCOLHA A VIDA SAUDÁVEL). ANTIGO VIDA SANA**

O Programa "Vida Sana" foi reformulado no ano de 2019 e passou a se chamar "Elige Vida Sana" (Figura 18). Inicialmente, o programa visava controlar o excesso de má nutrição, melhorar o perfil metabólico e a condição física da população com fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 e doenças cardiovasculares. A reformulação está em linha com as novas medidas governamentais promovidas no eixo estratégico: “Bem-estar e cultura de vida saudável” e no compromisso: “Revitalizar o programa Escolha Viver Saudável para promover uma cultura de vida saudável através de mais exercícios e melhor nutrição”. A nova estratégia propõe dois componentes: alimentação saudável e atividade física e tempo livre. Em cada uma delas serão entregues benefícios individuais e coletivos vinculados a esse pilar (MINSAL, 2019).

**Figura 19** — Logomarca do Programa "Elige Vida Sana"



Fonte: MINSAL, 2019

O Programa do Governo procura intervir nos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças não transmissíveis através de uma estratégia que tem mostrado ter sucesso nas pessoas que aderiram a ele. Considerando as drásticas mudanças demográficas e epidemiológicas registradas nos últimos anos na população chilena, com predomínio de doenças não transmissíveis, seu enfrentamento está relacionado às mudanças nos estilos de vida e nas ações, fundamentalmente no campo da promoção, prevenção e manutenção do corpo.

O programa é voltado para aquelas pessoas que têm alto risco de desenvolver hipertensão e diabetes tipo 2 no futuro, pelo fato de ser um longo período de aumento da pressão arterial e intolerância à glicose que antecede o desenvolvimento da doença. Existem testes de triagem que podem identificar indivíduos de alto risco, bem como intervenções seguras e potencialmente eficazes que podem diminuir fatores de risco para o desenvolvimento de doenças não transmissíveis. Junto com isso, a coordenação deve ser realizada com o intersetor da comuna. Esta atividade é considerada essencial para alcançar uma execução bem-sucedida do programa, especialmente naqueles casos em que o sucesso de uma determinada ação, como a entrada de usuários e seu tratamento, depende de compreensão, vontade e decisões de todos os setores (MINSAL, 2019).

As evidências e a metodologia testadas anteriormente na atenção primária no Chile são precisamente focadas na redução dos fatores de risco de desenvolvimento de doenças não transmissíveis, por meio da modificação de estilos de vida diretamente relacionados à prevenção das DCNT.

São critérios de exclusão do Programa pessoas com qualquer uma das seguintes condições, devendo ser avaliadas em seus centros de saúde: Diabetes tipo 1 (qualquer idade), Diabetes mellitus tipo 2 em pessoas com mais de 15 anos de idade, Pressão alta em pessoas com mais de 15 anos de idade, Doenças cardiovasculares (ataque cardíaco, acidente vascular cerebral e semelhantes), Câncer em tratamento atual ou recente, Insuficiência renal, cardíaca ou hepática ou outras doenças que, a juízo do avaliador, contra indicam a admissão (MINSAL, 2019).

## 7.7 DISCUSSÃO- POLÍTICAS ESPECÍFICAS RELACIONADAS À OBESIDADE NO BRASIL E NO CHILE

No Brasil, o ano de 1999, com a publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN, representa um ponto de inflexão na história das políticas públicas de

alimentação e nutrição, ao abordar, pela primeira vez, a temática daquela que já dava indícios de que se tornaria a epidemia do século, a obesidade. A PNAN é um marco da Segurança Alimentar e Nutricional, além de dar início à preocupação direta e efetiva à questão da obesidade no Brasil, apontando, já na sua primeira edição, a necessidade de voltar as atenções às DCNTs, à qual a epidemia do século XXI se inclui duplamente – como doença e fator de risco. Após mais de 20 anos da sua publicação, e uma revisão em 2011, há avanços em direção à redução da prevalência de obesidade no país com orientação de políticas públicas voltadas ao controle e combate diretamente da obesidade. Mas há muito o que percorrer.

O Brasil consolidou a implementação de diversas e variadas medidas de caráter e governança intersetorial no combate ao problema, através do SUS e da SISAN, esta composta pela tão necessária Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) e pelo, lamentavelmente já extinto, no primeiro dia do ano de 2019, CONSEA. Através da Política Nacional de Promoção da Saúde é possível identificar a preocupação no seu contexto individual e político. A obesidade passa a ser tratada como uma condição que exige esforços e mudanças comportamentais do indivíduo atuando diretamente na promoção da própria saúde e ratifica-se a necessidade, cada vez maior, de mudanças no tocante aos determinantes sociais de saúde, agindo nas condições de saúde da população.

Pelo histórico das políticas públicas de alimentação e nutrição no Brasil, é perceptível a sua influência no atual enfoque de combate à obesidade ou, ao menos, na estabilização dos índices nacionais, através da Promoção da Alimentação Adequada e Saudável. Um longo período de legislação federal, regulatória e de inclusão de diferentes atores sociais, que promoveu políticas intersetoriais e de saúde, e valorizou a participação da sociedade em conselhos parece a estratégia correta para enfrentar o crescente problema do sobrepeso e obesidade, que tanto onera os indivíduos e o sistema de saúde brasileiro. Experiências feitas no século passado, para atacar o antigo problema da má nutrição e de deficiências nutricionais, mostram que os resultados podem ser promissores. Infelizmente, o antigo problema da desnutrição e da fome retorna ao final da segunda década do século XXI, com a pandemia de COVID-19.

O Brasil possui uma das ferramentas, no âmbito da Segurança Alimentar e Nutricional, mais reconhecidas no mundo, o novo Guia Alimentar para a População Brasileira. Esta, que é considerada a melhor publicação mundial na área de diretrizes dietéticas, por especialistas de três universidades americanas (Marion Nestlé pela New

York University, Michael Pollan, pela University of California em Berkeley e Robert Lustig, pela University of California em San Francisco) é pouquíssima conhecida e reconhecida no seu país de origem. Se bem divulgado e propagado à população pelo Estado, seria de imensa valia na luta contra o excesso de peso, na medida em que o Guia é um instrumento que reforça o diálogo na esfera do SUS (intra-setorial) e do SISAN (inter-setorial). Entretanto, é um material conflitante aos interesses da indústria alimentícia ao promover e reconhecer os benefícios da alimentação saudável *in natura*, ao valorizar os alimentos regionais e a não recomendar o consumo de alimentos ultraprocessados. Os alimentos ultraprocessados, ultrapalatáveis, de baixo ou nenhum valor nutricional, ricos em gorduras, sódio e açúcares, vêm, crescentemente, aumentando a sua participação na mesa do brasileiro por serem menos custosos, economicamente, aos bolsos dos cidadãos, em parte devido aos incentivos fiscais que recebem no país. O caso mais evidente é o da indústria de refrigerantes que possui incentivos fiscais por se localizar na Zona Franca de Manaus. Políticas redistributivas deveriam ser aplicadas neste contexto.

É impossível se atingir resultados satisfatórios no combate à obesidade ao mesmo momento em que se beneficia uma indústria promotora da obesidade. Há um contrassenso entre as políticas nacionais, que prejudicam a eficácia das políticas preventivas e combativas à obesidade, como a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, a EIPCO, um mecanismo de recomendação de boas práticas a estados e municípios no tocante ao sobrepeso à obesidade. Sua proposição é que as políticas não fiquem apenas no campo ordenatório de promoção da SAN, mas que promovam meios de garantia de acesso aos alimentos e que se reforce a autoridade do Estado em suas atividades de regulação, na promoção e proteção à saúde da população.

Às políticas brasileiras, ao longo das décadas, nunca foi dado o *status* de políticas de Estado, sendo tratadas, de modo equivocado, como políticas de governo. A extinção do CONSEA é o mais recente exemplo. Contudo, positivamente, como em poucos países de características socioeconômicas semelhantes, ainda é possível observar no perfil alimentar brasileiro o hábito de consumo da “comida de verdade”, com preparo a partir de ingredientes *in natura* ou minimamente processados. Estes hábitos têm contribuído para que os índices de sobrepeso e obesidade tenham crescido mais lentamente que em outros países da América Latina como México e Chile. Contudo, o aumento no consumo de alimentos ultraprocessados demonstra que há evidente associação entre a

desregulamentação do mercado nacional e o aumento na venda de produtos ultraprocessados.

Quanto ao Chile, o país, no âmbito epidemiológico e nutricional, passou por transformações bruscas e radicais nas últimas décadas, assim como na situação socioeconômica. Os fatores condicionantes às DCNTs são demasiadamente expressivos no país e seguem piorando através dos anos, envolvendo diretamente o aumento da obesidade. Contudo, o Chile construiu, nas últimas 2 décadas e meia, algumas das políticas públicas de prevenção e controle à obesidade mais incisivas e expressivas do mundo, na tentativa de restituir a cultura alimentar nacional e reverter os índices de obesidade. Estas políticas são de caráter regulatório, redistributivo, educacional e de envolvimento de diversos atores sociais.

As políticas públicas de ação direta ao enfrentamento da obesidade, tiveram início em 1999, no Chile, com 3 proposições marcantes e que começariam o árduo caminho para a contenção da epidemia de obesidade que assolou e se consolidou no país nas últimas décadas. O "Vida Chile", com seu caráter intersetorial e apostando na efetiva participação de todos os envolvidos, foi responsável pela implantação de diversas ações e estratégias promotoras de saúde nas escolas e comunas e o marco inicial para as expressivas políticas que viriam nos anos seguintes. Já no contexto escolar, através da Política de Promoção de Saúde nas Escolas, também se faz contemplada a luta contra a obesidade em ações como o "quiosque saudável". As ações no país têm sido gradativas, contínuas e não se encerram a cada novo governo. Entretanto, os resultados ainda são pequenos e se expressam mais no achatamento da curva de crescimento do que na sua inflexão para a redução da obesidade. A expectativa é que comece a gerar os frutos esperados em breve.

De caráter muito "visual" desde os primórdios, as políticas chilenas de prevenção e controle à obesidade se beneficiam do GABA, o primeiro Guia Alimentar Baseado em Alimentos, que vem acompanhado de uma imagem gráfica multicolorida representativa da variedade e proporcionalidade de consumo ideal dos alimentos. Quase 10 anos após o início da trajetória em busca redução nos índices de obesidade, surgiu mais uma estratégia, sempre atualizada e conectada com o está acontecendo local e globalmente, a EGO-Chile. A EGO nasce da concepção de atuação multidimensional, que prima na participação social e assim se faz de grande apelo público na busca por melhores hábitos alimentares e prática rotineira de atividades físicas. Tem-se aqui um precursor e um propulsor das leis que viriam logo à frente e que seriam exemplo nas políticas públicas.

Na segunda década do século XXI, surgem algumas das Leis mais incisivas e pioneiras no combate à sindemia mundial. Primeiramente, em 2012, a Lei 20.606, sobre a rotulagem e a publicidade de alimentos permite ao Chile dar um imenso e corajoso passo em direção ao seu grande objetivo de contenção da obesidade, encarando a gigante indústria de alimentos ao obrigar a sinalização das embalagens que contenham alimentos com alto teor de agentes nocivos à saúde, como gordura, calorias e açúcar, restringindo a sua publicidade, e proibindo-os no ambiente escolar. Apenas 2 anos mais tarde, o governo promulgava a Lei 20.780, que tributa entre 10% e 18% as bebidas adoçadas artificialmente. O Chile promove, em poucos anos, uma verdadeira revolução no âmbito das políticas públicas no tocante à obesidade e trava uma guerra contra um setor que poucos países já tiveram coragem de enfrentar.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estabelecida como doença e fator de risco, a obesidade exige atenção e medidas específicas governamentais desde que os seus indicadores, ao final do século XX, já demonstravam características pandêmicas. Em países em desenvolvimento, como Brasil e Chile, dado histórico recente de acelerada transição epidemiológica e nutricional e condições socioeconômicas, o problema se faz ainda mais crítico. As políticas públicas precisam ser adequadas aos diversos panoramas sociais encontrados em diferentes países e em cada região do país, o que nem sempre é realizado.

As trajetórias das políticas públicas de prevenção e controle da obesidade, que surgiram apenas ao final da década de 1990 no Brasil e no Chile, apesar de o problema ser considerado questão de necessária implementação de políticas públicas específicas praticamente no mesmo momento, nascem de contextos históricos discrepantes e seguem caminhos diferentes. No Brasil, o histórico das políticas públicas nacionais demonstra que elas sofrem mudanças significativas com a alternância de governos, não tendo por característica a continuidade de suas ações por prazo suficiente a produzir resultados mais satisfatórios. Já no Chile, há uma tradição de continuidade de suas políticas através dos anos. O Brasil dedicou a intervenção estatal, no âmbito da alimentação e nutrição, durante décadas passadas, apenas aos trabalhadores vinculados à previdência social e seus familiares, sem o foco em atingir e melhorar as condições alimentares de toda a sua população. No Chile, desde o surgimento, o desenvolvimento das políticas nacionais geralmente foi pensado no todo da população do país.

Atualmente, com os índices de obesidade aumentando, o governo do Brasil ainda se mostra reticente a enfrentar a indústria alimentícia, ao contrário do que vem demonstrando o modo de agir chileno frente ao problema. Assim, resultados positivos mais expressivos no combate à obesidade são limitados.

Nos dois países, as políticas, ações e estratégias que foram implementadas nas últimas duas décadas, demonstram que não há resultados sem ação e governança incisiva estatal. Em um cenário dominado pela política de mercado, a aplicação de medidas inibitórias e regulatórias a este sistema instaurado precisam se somar às políticas públicas de saúde e de incentivo à alimentação saudável. É assim que o mercado funciona. O Chile está no caminho ao optar por enfrentar os interesses econômicos da indústria alimentícia em prol da melhoria dos índices de saúde da sua população enquanto o Brasil começou a

caminhada, ao seguir tentando realizar acordos voluntários com o mercado, um responsável direto pelo aumento constante nas prevalências de obesidade em solo brasileiro. No entanto, há um forte movimento da sociedade civil e da academia em prol da adoção de leis mais restritivas à venda e propaganda de produtos ultraprocessados e de bebidas adoçadas.

## 9 REFERÊNCIAS

ABLARD, J.D. *Transição nutricional latino-americana em uma perspectiva histórica, 1850 ao presente*. História, Ciência, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v.28, n.1, Jan.-Mar. 2021, p.233-253.

ABRASCO (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA). *III Plano Diretor para o desenvolvimento da epidemiologia no Brasil 2000-2004*. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 3, n. 1-3, p. 70-93. 2000.

AMATRUDA, J.M; LINEMEYER, D.L. *Obesity- Endocrinology and Metabolism*. Felig. P.F.L. New York, McGraw-Hiil, v.1, p.945-991. 2001.

ANJOS, L.A. *Obesidade e saúde pública*. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ARAÚJO, A. *et al. Modificações da qualidade de vida sexual de obesos submetidos à cirurgia de Fobi-Capella*. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, vol.36, n.1. Rio de Janeiro. 2009.

ARRUDA, B.K.G.; ARRUDA, I.K.G. *Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil: breve enfoque dos delineamentos conceituais e propositivos*. In: TADDEI, J.A.A.C. *et al. Nutrição em Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Rubio, 2007, p. 397-410.

BAHIA, L. *et al. The costs off overweight and obesity-related in the Brazilian Public Health Systemiseases: Cross Section Study*. BMC Public Health, v. 12, 2012.

BALTASAR, A. *Definición: que es la obesidad grave?* In: *Obesidad y cirugía: como dejar de ser obeso*. Espanha: Arán Ediciones. p.15. 2000.

BARROS, M.S.C.; TARTAGLIA, J. C. *A política de alimentação e nutrição no Brasil: Breve histórico, avaliação e perspectivas*. Alim. Nutr., Araraquara, v.14, n.1, p. 109-121. 2003.

BATISTA, M. F.; BARBOSA, N.P. *Alimentação e nutrição no Brasil: 1974-1984*. Brasília: Ministério da Saúde. 1985.

BLOOM, D. *et al. The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*. Genebra: Foro Económico Mundial, 2011.

BOEL, J.. *A Liga das Nações: um sonho universal que resistiu ao teste do tempo*. O Correio da UNESCO. 2021. Disponível em: <https://pt.unesco.org/courier/2020-1/liga-das-nacoes-um-sonho-universal-que-resistiu-ao-teste-do-tempo>. Acesso em: 23 jun. 2021.

BOLSONI-LOPES, A.; FURIELI, L. B.; ALONSO-VALE, M. I. C.. *Obesity and covid-19 : a reflection on the relationship between pandemics*. Artigo de Reflexão. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 42, 2021.

BORTOLINI, G.A. et al. *Guias alimentares: estratégia para redução do consumo de alimentos ultraprocessados e prevenção da obesidade*. In: *Guias alimentarias: estrategia para reducir o consumo de alimentos ultraprocessados e prevenir la obesidad*. Rev Panam Salud Publica. 2019; 43.

BRAIDE, S. M. *Estado de Bem-Estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporâneo*. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). *Políticas Públicas no Brasil*. 4ª reimp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2014.

BRASIL. Câmara interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. *Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012/2015*. Brasília, DF: Caisan, 2011.

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. *Balanço das ações do plano nacional de segurança alimentar e nutricional – Plansan 2012-2015*. Brasília, DF: MDS, Secretaria-Executiva da Caisan, 2013.

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. *Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios*. Brasília, DF: Caisan, 2014.

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. *II PLANO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL PLANSAN 2016-2019*. Brasília, DF: Caisan, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico Especial COE-COVID-19*. 2020. Disponível em: [saude.gov.br](http://saude.gov.br). Acesso em: 22 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fascículo1: *Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar: bases teóricas e metodológicas para a população adulta*. Universidade de São Paulo. Brasília. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas*. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2 a Ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Informações de Saúde. Morbidade e informações epidemiológicas*. Morbidade hospitalar por local de residência. Disponível em: <<http://www.datasus.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 de outubro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Obesidade(s): diferentes olhares e múltiplas expressões*. (Org.) Ligia Amparo-Santos; Silvana Lima Guimarães França; Amélia Borba Costa Reis– Salvador: Universidade Federal da Bahia; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; Universidade do Estado da Bahia; Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde – PNS: 2008/2009-2011*. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas*. Diário Oficial da União. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022* / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 2017.

BRASILIA. CONSEA. (ORG.). *Política Nacional de Segurança alimentar e Nutricional: Proposições do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional para sua elaboração: parâmetros do sistema nacional de segurança alimentar e nutricional (Sisan) e da política nacional de segurança alimentar e nutricional (Psan)*.2009. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/eventos/plenarias/documentos/2009/proposicoes-do-conselho>. Acesso em: 29 jul. 2020.

BRAUN, J. *Economía Chilena 1810-1995*. Universidad Católica de Chile: Instituto Economía, 2000.

CABRERA ESCOBAR, M.A, *et al. Evidence that a tax on sugar sweetened beverages reduces the obesity rate: a meta-analysis*. BMC Public Health. 13(1):1072. 2015.

CARMICHAEL, AR. *Current concepts: Treatment for morbid obesity*. Postgrad Medical Journal, vol 75: 7-12. 1999.

CARVALHO, S.A. *De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição*. Estud Av. 1995; 9: 87-107.

CASTRO, H. C.; MACIEL, E.. *A comida boa para pensar: sobre práticas, gostos e sistemas alimentares a partir de um olhar socioantropológico*. Alimentação, Nutrição & Saúde, v. 8. 2013. Suplemento Temático “Ciências Humanas e Sociais em Alimentação e Nutrição.

CASTRO, I. R. R. *Obesidade: urge fazer avançar políticas públicas para sua prevenção e controle*. Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 33, n. 7, p.1-3. 2017.

CAWLEY, John *et al.* *Savings in Medical Expenditures Associated with Reductions in Body Mass Index Among US Adults with Obesity*. Diabetes Status. Pharmacoeconomics, v. 33, n. 7, 9 11 2014.

COIMBRA, M.; MEIRA, J.E.P.; STARLING, M.B.L. *Comer e aprender: uma história da alimentação escolar no Brasil*, Belo Horizonte: INAE, 1982. 685p.

COLBURN, Forrest D.. *Latin America at the End of Politics*. Princeton: Princeton University Press, 2002.

COLLABORATORS, THE GBD 2015 OBESITY. *HEALTH EFFECTS OF OVERWEIGHT AND OBESITY IN 195 COUNTRIES OVER 25 YEARS*. NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, [S.L.], V. 377, N. 1, P. 13-27, 6 JUL. 2017. MASSACHUSETTS MEDICAL SOCIETY.

CONCO FILHO, A. *Cirurgias Restritivas*. In: CONCON FILHO; A. Curso de Cirurgia bariátrica de Valinhos. Grupo de Cirurgia bariátrica de Valinhos. Cap.8. 2004.

CORVALÁN, A. *Segregação e conflito: uma análise empírica*. Journal of Development Economics, 2015.

CRISP, A.; MCGUINNESS, B.. *Jolly fat: relation between obesity and psychoneurosis in general population*. British Medical Journal, London, v. 1, n. 1, p. 7-9, 3 jan. 1976.

DAMASO, N. B. R.. *Obesidade*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A, v. 2, 2003.

DEITEL, M. *Overweight and Obesity Worldwide now Estimated to Involve 1,7 Billion People*. Obesity Surgery, vol. 13, n.2, p.329-330, New York, Jun. 2003.

DIAS, P. C.; HENRIQUES, P.; ANJOS, L A. dos; BURLANDY, L.. *Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro*. Cadernos de Saúde Pública, [S.L.], v. 33, n. 7, p. 1-12, 18 jul. 2017.

DIAS, R.; MATOS, F.. *Políticas públicas: princípios, propósitos e processos*. São Paulo: Atlas, 2012. 236 p.

EDWARDS, R.D. *Public transit, obesity, and medical costs: Assessing the magnitudes*. Preventive Medicine, v. 46. 1993.

EGGER, G.; SWINBURN, B.. *Planet Obesity. How we're eating ourselves and the planet to death*. Sydney: Allen & Unwin; 2011.

- EFDH-MG. *Fundamentação em Direitos Humanos e Cidadania*. Coleção Cadernos de Direitos Humanos: Cadernos Pedagógicos da Escola de Formação em Direitos Humanos de Minas Gerais. Luciana Silva Garcia. Belo Horizonte: Marginalia Comunicação, v.03. 2016.
- ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F.. *As origens da reforma sanitária e do SUS*. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.59-81. 2005.
- ESCOTT-STUMP, S.; MAHAM, L. K.. *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. 9 ed. São Paulo: Roca, 1998. 1177 p.
- FALLON, A. E. ; ROZIN, P.. *Sex differences in perceptions of desirable body shape*. J Abnorm Psychol, v. 94, n. 1, 1985.
- FANDIÑO, J. et al. *Cirurgia Bariátrica: aspectos clínicos, cirúrgicos e psiquiátricos*. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 26 n. 1, p. 47-51, Jan/Abr. 2004.
- FAO Y OPAS. *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile. 2019.
- FAO Y OPAS. *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile. 2017.
- FAO. *¿EXISTEN políticas y programas exitosos en el combate al sobrepeso y la obesidad?* Disponível em: <<http://www.fao.org/3/a-i6691s>>.pdf Acessado em 27 de outubro de 2017.
- FELDBAUM, H.; LEE, K.; MICHAUD, J. *Global Health and foreign policy*. Epidemial Rev. 32, p.82-92, 2010.
- FINKELSTEIN E.A et al. *Economic causes and consequences of obesity*. Rev. Public Health. (26):239-57.2005 Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15760288>> Acessado em 3 de novembro de 2017.
- FISBERG, R.M. et al. *Recomendações Nutricionais*. In: FISBERG, Regina Mara et al. Inquéritos alimentares - métodos e bases científicas. [S.L.]: Manole, 2005. Cap. 9. p. 190-234.
- FLEURY, L. *O público, o "não público", os públicos*. In: FLEURY, Laurent. Sociologia da Cultura e das práticas culturais. São Paulo: Senac, 2009. Cap. 5. p. 49-59.
- FONSECA, F. *Dimensões Críticas da Políticas Públicas*. Caderno EBAPE, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set 2013.
- FREEMAN, R.; MORAN, M.. *Reforming Health Care in Europe*. In: FERRERA, Maurizio; RHODES, Martin. Recasting European Welfare States London: Frankcass, 2000.

FRENK, J.; MOON, S. *Governance challenges in global health*. New England. 368(10), p. 936-942, 2013.

FUCHS, S.C. *Fatores de Risco para Hipertensão Arterial*. In: Brandão AB, Amodeo C, Nobre F, Fuchs FD. *Hipertensão*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.

GABE, K. T.; JAIME, P. C. *Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN)*. In: JAIME, Patrícia Constante (Org.). *Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. Cap. 5.. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. 256 p. cap. 5, p. 42-49.

GBD 2019 Risk factors collaborators. *Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019*. The Lancet; 2020

GELONEZE, B.; PAREJA, J. C. *Cirurgia bariátrica cura a síndrome metabólica?* Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, São Paulo, v. 50 n. 02, p. 400-407, Abr. 2006.

GHIIOULEAS, A. *Excesso de peso e estatura no Brasil: tendência secular e fatores associados*. Tese de doutorado. Repositório Lume da UFRGS, Porto Alegre, 2011.

GIDDENS, A. *Sociologia*. Tradução: Sandra Regina Netz. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. *Como formular um problema de pesquisa?* In: GIL, A. C.. *Como Elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007. Cap. 2, p. 23-30.

GOMES, R.. *A análise de dados em pesquisa qualitativa*. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa Social (Org.). Teoria, Método e Criatividade*, Petrópolis: Vozes. 2012.

GONZÁLEZ, N.; INFANTE, A. *Programas de Alimentación Complementaria del Sector Salud en Chile*. Boletim 89, OPAS, 1980.

GUERRERO-LÓPEZ, C.M. *et al*. Elasticidade do preço da demanda por refrigerantes, outras bebidas adoçadas com açúcar e alimentos com alta densidade energética no Chile. v.17, p.180. BMC Public Health, 2017.

GUILLAUME, M. *Defining obesity in childhood: current practice*. American Journal of Clinical Nutrition, vol. 70, p. 126S-130S, 1999.

HOWLETT, M. *Política Pública: seus ciclos e subsistemas*. In: HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. *Política Pública*. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. cap. 1, p. 3-20.

ICAZA, S.J. *Evolución histórica de la formación del nutricionista-dietista en América Latina*. In: Reunión de Comisión de Estudios sobre Programas Académicos en Nutrición Dietética de América Latina 62. San Juan: Memória. OPAS, 1991.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME). *Overweight and Obesity Viz.* Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2017. Disponível em: <<http://vizhub.healthdata.org/obesity>>. Acessado em 11 de novembro de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) – 2002 /2003.* Rio de Janeiro. IBGE, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) – 2008 /2009.* Rio de Janeiro. IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)- 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas.* Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014. 180 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>. Acessado em 12 de abril de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)- 2019.* Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.* Disponível em: <<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>>. Acessado em: 30 de outubro de 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *A trajetória histórica da segurança alimentar e nutricional na agenda política nacional: Projetos, descontinuidades e consolidação.* Sandro Pereira Silva. Rio de Janeiro: IPEA, 2014. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3019/1/TD\\_1953.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3019/1/TD_1953.pdf)>. Acesso em: 12 de maio de 2017.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). *Diabetes Atlas: Edition revision.* Brussels, Belgium, v. 6. 2014.

INTERNATIONAL OBESITY TASKFORCE (IOTF). *World Obesity News.* 2014. Disponível em: Acessado em: 24 de setembro de 2020.

JAIME, P. C. (org.). *Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição.* Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. 256 p

JAMES, W. *WHO recognition of the global obesity epidemic.* International Journal of Obesity, vol.32, p. S120-S126, 2008.

JOHNSON, W.; DeMARIA, E. *Surgical Treatment of Obesity.* Obesity Surgery, Nova Iorque, v.9, n.2, p.167-174, abr.2006.

KAC, G. *et al.* Epidemiologia nutricional. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007. 581 p.  
KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. *A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina.* Cad. Saúde Pública, 19(Sup. 1):S4-S5, 2003.

- KAIN, J. *et al.* *Obesity Prevention in Latin America*. *Current Obesity Reports*, [s.l.], p.150-155, 4 mar. 2014.
- KEPPLE, A. W.; SEGALL-CORRÊA, A. M. *Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional*. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 1, n. 16, p. 187-199, 2011.
- KEYS, A. *et al.* *Indices of relative weight and obesity*. *Journal Of Chronic Diseases*, [s.i.], v. 25, n. 6, p.329-343, jul. 1972.
- KONNOPKA, A.; BÖDMANN, H.; KÖNIG, H. *Health burden and costs of obesity and overweight in Germany*. Heidelberg, abr. 2010. Disponível em [www.springerlink.com/content/10.1007/s00125-010-1143-1](http://www.springerlink.com/content/10.1007/s00125-010-1143-1)/ Acessado em 18 de novembro de 2017.
- KONNOPKA, G.T.C. *The Cost of Obesity in Hong Kong*. *Obesity Reviews*, Oxford, v.9, n.1, p.74-77, mar. 2008.
- KORTT, A. *et al.* *A review of cost of illness studies on obesity*. *Clinical Therapy*, v. 20, 1999.
- KUCZMARSKI, R.J. *et al.* *CDC growth charts: United States*. *Advance Data*, vol.314, p.1-27, 2000.
- L'ABBATE, S. *As políticas de alimentação e nutrição no Brasil : I. período de 1940 a 1964*, *Rev.Nutr.PUCCAMP*, Campinas, v.1, n.2, p.87-138. 1988.
- LANG, T *et al.* *FOOD POLICY: integrating health, environment and Society*. New York: **Oxford University Press**; 2009.
- LASSWELL, H. D. *Politics: who gets what, when, how*. Cleveland: Meridian Books. 1936.
- LESSA F.J.D *et al.* *Novas metodologias para vigilância epidemiológica: uso do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS*. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 9, supl. 1, p. 3-27, 2000.
- LESSA, M. de O. *Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil*. Brasília, Tese (Doutorado em Nutrição Humana). Universidade de Brasília. 2013.
- LIGHTER, J. *et al.* *Obesity in Patients Younger Than 60 Years Is a Risk Factor for COVID-19 Hospital Admission*. *Clinical Infectious Diseases*, Oxford University Press (OUP), v. 71, n. 15, 9 abr. 2020.
- LIMA, N.T *et al.* *A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica*. In: Lima NT *et al.* *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2005.

LOWI, T. *American Business, Public Policy: Case-Studies, and Political Theory*. Center Of International Studies (World Politics): Princeton University, v. 1, 1964.

LUCCHESI, P. **Políticas Pública em Saúde Pública**. São Paulo: Fiocruz BIREME/OPAS/OMS, 2002.

MALAVAZOS, A. *et al. Targeting the Adipose Tissue in COVID-19*. Obesity, v. 28, n. 7, 21 mai 2020.

MALHEIROS, C.A; FREITAS, W.R. *Obesidade no Brasil e no Mundo*. In: GARRIDO JR, A.B.; FERRAZ, E.M.; BARROSO, F.L.; MARCHESINI, J.B.; SZEGO, T. *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Atheneu, p.19 a 23, 2002.

MALHOTRA, N. *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. MATTAR, Fauze N. *Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MALHOTRA, Naresch. *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MALHOTRA, Naresch. *Concepção de Pesquisa Exploratória: Pesquisa Qualitativa*. In: MALHOTRA, Naresch. *Pesquisa de Marketing*. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2012. Cap. 5. p. 108-137.

MALTA, D.C *et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção*. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 21, n. 6, p. 1683-1694, jun. 2016.

MALTA, D.C., CASTRO, A.M.. *Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde*. Boletim Técnico do SENAC 2009; 35:63-71.

MANCINI, M. C. *et al. Obesidade e Doenças Associadas*. Tratado de Obesidade, São Paulo, p.253-264, 2010.

MARCHESINI, J. B.; MARCHESINI, J. C. D.; FREITAS, A. C. T. *Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida*. 2003.

MARDONES, F. *“Políticas de Alimentación y Nutrición en los Planes de Salud en Chile”*. Revista Chilena de Nutrición, vol. 30, 2003.

MARTINS, Eliseu. *Contabilidade de Custos*. 6º Ed. São Paulo: Atlas, 1998.

MARTORELL, R.; KHAN, L. K.; HUGHES, M. L. & GRUMMER-STRAWN, C. M. *Obesity in women from developing countries*. European Journal of Clinical Nutrition. 2000.

MATTAR, F. N. *Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MATTAR, F. N. *Tipos, Fontes e Formas de coleta de dados*. In: MATTAR, Fauze Najib. *Pesquisa de Marketing*. São Paulo: Atlas, 2011. p. 138-205.

MAZZOCHI *et al.* *Fat economics*. Oxford: Oxford University Press. 2009.

MELAZZO, E. S. *PROBLEMATIZANDO O CONCEITO DE POLÍTICAS: DESAFIOS À ANÁLISE E À PRÁTICA*. *Revista FCT Unesp*, São Paulo, v. 4, 2010.

MERIGO, J.; ANDRADE, M. M. *Questões iniciais para a discussão do monitoramento e avaliação das políticas públicas*. Disponível em: <[http://www.egem.org.br/arquivosbd/basico/0.131488001256814614\\_2.\\_politicas\\_publicas.pdf](http://www.egem.org.br/arquivosbd/basico/0.131488001256814614_2._politicas_publicas.pdf)>. Acessado em: 13 de março de 2020.

MERIGO, J. *QUESTÕES INICIAIS PARA A DISCUSSÃO DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS*. 2010. 31 slides. Disponível em: Acessado em: 12 de junho de 2019.

MINSAL (CHILE). Ministerio de salud de chile (MINSAL). *Encuesta Nacional del Salud- ENS 2016-2017*. Santiago: 2017.

MINSAL (CHILE). Ministério de Salud de Chile (MINSAL). *Norma general técnica n° 148 sobre guías alimentarias para la población*. 2013.

MINSAL (CHILE). Ministerio de salud de chile (MINSAL). *Realizan macrozonal sur para elaborar el Plan Nacional de Obesidad 2018-2030*. 2017. Disponível em: <https://www.minsal.cl/realizan-macrozonal-sur-para-elaborar-el-plan-nacional-de-obesidad-2018-2030/>. Acesso em: 18 out. 2021

MONTEIRO, C. A. *et al.* *A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997)*. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 67-75, 2003.

MONTEIRO, C. A. *Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review*. *Bulletin of World Health Organization*, v.82, n.12, p.940-6, dec. 2004

MONTEIRO, C. A. *et al.* *A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing*. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 26, n. 11, p.2039-2049, nov. 2010.

Monteiro CA, Cannon G, Levy RB *et al.* NOVA. A estrela brilha. [Classificação dos alimentos. *Saúde Pública*.] *World Nutrition*. 2016.

MOON, M.J.; INGRAHAM, P. *Shaping administrative reforms and governance: an examination of the political nexus triad in three Asian countries*. *Governance*, v. 11, n. 1, p. 77-100, 1998.

MOTTA, M.D.S. *ANÁLISE DE CUSTO DAS CIRURGIAS BARIÁTRICAS REALIZADAS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO EM COMPARAÇÃO À TERAPÊUTICA CONVENCIONAL DE CONTROLE DA OBESIDADE*. Trabalho de Conclusão do Curso

de Administração em Sistemas e Serviços de Saúde. Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, 2012.

MOTTA, M.D.S. *CIRURGIAS BARIÁTRICAS REALIZADAS PELO SUS POR RESIDENTES DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE, RS – 2008 A 2010*. Trabalho de Conclusão do Curso da Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

MUNIZ, Érico S.. *A construção de um modelo alimentar para a América Latina: o ingresso da nutrição na agenda da saúde internacional (1921-1949)*. Revista Ingesta, v. 1, n. 1, 2019.

NARBRO, K. *et al. Pharmaceutical Costs in Obese Individuals- Comparison With a Randomly Selected Population Sample and Log-term Changes After Conventional and Surgical Treatment: The SOS Intervention Study*. Archives of Internal Medicine, São Francisco, v.162, n.18, p.2061-2069, out.2002.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION. *Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants*. The Lancet, [s.l.], v. 387, n. 10026, p.1377-1396, abr. 2016.

NG, M. *et al.* Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet, [s.l.], v. 384, n. 9945, p.766-781, ago. 2014.

NILSON *et al.*. *Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018*. Revista Panamericana de Salud Pública, [S.L.], v. 44, p. 1, 10 abr. 2020.

NILSON, E. A. F. *Iniciativas para a redução do consumo de sódio no Brasil: avaliação e análise de impacto*. Tese de doutorado. Orientadora Patrícia Constante Jaime. São Paulo, 2020. 289p.

NUNES, D. E. *Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito*. Saúde e Sociedade, [s. l.], v. 2, n. 3, p. 5-21, set. 1994.

NUNES, M.A. *et al.* *Influência da percepção do peso e do Índice de Massa Corporal nos comportamentos alimentares anormais*. Rev Bras Psiquiatr. 2001;23(1):21-7.

NUNES, M.A.A *et al.* *Transtornos alimentares e obesidade*. Artmed, Porto Alegre, 1998. O'BRIEN, P.; DIXON, J.B. *The extent of the problem of obesity*. The American Journal of Surgery, New Jersey, vol.184, n. 6b, p.4S-8S, Dec/2002.

Okunogbe A, Nugent R, Spencer G, *et al.* *Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for eight countries*. BMJ Global Health 2021.

OLIVEIRA, J. B.. *Uma Metodologia de Avaliação de Impacto de Políticas Públicas no Brasil*. Dissertação (Mestrado) - Curso de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2002. P.139.

OPAS. *La tributación de las bebidas azucaradas en la Región de las Américas*. Washington, 2020.

OPAS; OMS. *Plan Decenal para las Américas: informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*. Documento oficial, n.118; 1972 out 2-9; Santiago, Chile. Santiago; 1973.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *World Population Prospects 2019*. UN Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2019. Disponível em : <<https://population.un.org/wpp>>(2019). Acessado em 09 de outubro de 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *World Population Prospects: The 2017 Revision*. Department of Economic and Social Affairs.2017.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis nas Américas: Considerações sobre o fortalecimento da capacidade regulatória*. Washington: Documento de Referência Técnica REGULA, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *LILACS, Informação Científica e Técnica em Saúde da América Latina e Caribe*. 2020. Disponível em: <<https://lilacs.bvsalud.org>>. Acessado em: 9 de agosto 2020.

OSLAC, Lorena R. *et al.* “Usando políticas baseadas em evidências para combater o sobrepeso e a obesidade no Chile.” *Revista panamericana de salud publica = Revista Pan-americana de Saúde Pública* vol. 41 e156. 19 de dezembro de 2017.

PALINKAS, L.A, *et al.* *Depressive symptoms in overweight and obese older adults: a test of the "jolly fat" hypothesis*. *J Psychosom Res.* 40(1):59–66.1996.

PEDRAZA, D. F. *Obesidad y Pobreza: marco conceptual para su análisis en latinoamérica*. *Saúde Soc. São Paulo*, v.18, n.1, p.103-117, 2009.

PELIANO, A. *Lições da história: avanços e retrocessos na trajetória das políticas públicas de combate à fome e à pobreza no Brasil*. In: BRASIL. *Fome Zero: uma história brasileira*. Brasília: MDS, 2010.

PEMJJEAN, I. *Una historia con olor a leche: de la desnutrición a la obesidad, políticas públicas e ideologías de género*. *Revista Punto Género*, [s. l], v. 1, n. 1, p. 103-124, 1 abr. 2011.

PIERRE, Jean; BONOMO, É. *A Extinção do Consea Nacional e seu impacto nos conselhos estaduais e municipais*. 2019. ACT Promoção da Saúde. Disponível em: <<https://actbr.org.br/post/a-extincao-do-consea-nacional-e-seu-impacto-nos-conselhos-estaduais-e-municipais/17744/>>. Acesso em: 09 out. 2020.

PIMENTA, T.A.M. *et al.* *Políticas Públicas de intervenção na obesidade infantil no Brasil: uma breve análise da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e Política Nacional de Promoção da Saúde*. UNOPAR Científica, 2015.

PINHEIRO, A. R. O. *Análise histórica do processo de formulação da política nacional de segurança alimentar (2003-2006)*. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

POPKIN, B. M.; HAWKES, C.. *Sweetening of the global diet, particularly beverages: patterns, trends, and policy responses*. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, [s.l.], v. 4, n. 2, p.174-186, fev. 2016.

PRATT, M, *et al.* *Project GUIA: A model for understanding and promoting physical activity in Brazil and Latin America*. *J Phys Act Health [journal on the Internet]*. V. 7, n.1, 2010. Pag 131-134.

PROSPECTIVE STUDIES COLLABORATIONS. *Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies*. *The Lancet*, [s.l.], v. 373, n. 9669, p.1083-1096, mar. 2009.

RAUBER, F.; JAIME, P. C. *Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição voltadas ao sobrepeso e obesidade*. In: JAIME, Patrícia Constante (org.). *Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. Cap. 13. p. 123-132.

REDE NUTRI.. *Manifesto à Sociedade mostra o que é comida de verdade*. 2015. Disponível em: <http://redelassan.com.br/manifesto-rede-latino-americana-de-ssan-rede-de-ensino-pesquisa-e-extensao-em-soberania-e-seguranca-alimentar-e-nutricional/>. Acesso em: 18 fev. 2018

REIS, C.E.G; VASCONCELOS, I.A.L.; BARROS, J.F.N. *Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil*. *Rev Paul Ped* 2011; 29 (4): 625-633.

ROBINOVICH, J. E. *et al.* *OBESIDAD FEMENINA Y NIVEL SOCIOECONOMICO DEL VECINDARIO. Supermercados, almacenes y distribución geoespacial de la pobreza en Chile*. Seminario Salud e Território. Análisis geoespacial para la toma de decisiones em salud. 2019.

RÖSSNER, S. *Obesity: the disease of the twenty-first century*. *International Journal of Obesity*, London, v.26, p.52-54. 2002.

RUA, M. G. *Políticas Públicas: conceitos básicos*. Florianópolis: CAPES/UAB, 2009.

RUA, M.G.; ROMANINI, R. *Tipologia e tipos de políticas públicas*. In: RUA, Maria das G.; ROMANINI, Roberta. *Para aprender políticas públicas: Conceitos e teorias*. Igepp. cap. 6, p. 47-52.2013

RUNGE, F. Economic consequences of the obese . *Diabetes*, v. 56, 2007.

SACKS, G. *et al.* *Do taxes on unhealthy foods and beverages influence food purchases?* *Current Nutrition Reports*, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 179-187, 30 abr. 2021.

SALINAS, J. *et al.*, *Plano Nacional de Pró-Movimento de Saúde*. Santiago, Chile: Mosquito Comunicações; 1999.

SARTI, F.M.; TORRES, E.A.F.S. *Nutrição e saúde pública: Produção e consumo de alimentos*. Barueri: Manole, 2017.

SCHIMIDT, M. I. *et al.* *Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges*. *The Lancet*, v. 377, 2011.

SCHIMITZ, B.A.S. *et al.* *Políticas e programas governamentais de alimentação e nutrição no Brasil e sua involução*. *Cad. Nut.*, 1997; 13:39-54.

SECCHI, Leonardo. *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

SECCHI, Leonardo. *Análise de Políticas Públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções*. São Paulo: Cengage Learning, 2016.

SEGAL, A; FANDINO, J. *Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol 24; Supl III; p.68-72, 2002.

SHARMA, A M. *Managing weight issues on lean evidence: the challenges of bariatric medicine*. *Canadian Medical Association Journal*, v.172 n 1 p. 30-31, 2005.

SILVA, R. S.; KAWAHARA, N. T. *Cuidados Pré e Pós-Operatórios na Cirurgia da Obesidade*. Porto Alegre: 2005.

SIMONNET, Arthur *et al.* *High Prevalence of Obesity in Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) Requiring Invasive Mechanical Ventilation*. **Obesity**, Wiley, v. 28, n. 7, 10 06 2020.

SINGH, G. M. *et al.* *The Age-Specific Quantitative Effects of Metabolic Risk Factors on Cardiovascular Diseases and Diabetes : A Pooled Analysis*. *Plos One: Journal Pone*, v. 8, f. 7, 2013.

SMITH, S. M; GATELY, P; RUDOLF, M. *Podemos reconhecer a obesidade clinicamente?* *Arch Dis Child.*, York, v. 12, n. 93, p.1065-1066, dez. 2008.

SOUSA, O. *et al.* *Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares de 7 a 10 anos e seus determinantes associados*. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, v. 8, n. 2, 2020.

SOUZA, C. *Dossiê Políticas Públicas: questões temáticas e de pesquisa*. CADERNO CRH, Salvador, n. 39, 2003.

SOUZA, C. *Políticas Públicas: uma revisão da literatura*. Porto Alegre: Sociologias, 2006.

STAPLES, A. L. S. *The birth of development: how the World Bank, Food and Agriculture Organization, and the World Health Organization changed the world, 1945–1965*. Kent: Kent State University Press, 2006.

SWINBURN B., EGGER G., RAZA F. *Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity*. Preventive Medicine. Vol. 29, No. 6, pp. 563–70, 1999.

SWINBURN, B. *et al.*. *The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: the lancet commission report*. The Lancet, [S.L.], v. 393, n. 10173, p. 791-846, fev. 2019. Elsevier BV.

SWINBURN, B. *et al.* *The global obesity pandemic: Shaped by global drivers and local environments*. The Lancet, v. 378, n. 0, p.804-814, 27 ago. 2011.

SZWARCWALD CL *et al.* *Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação*. Cien Saude Colet 2014; 19(2).

SZWARCWALD, C.L. *et al.* *Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação*. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, 2014.

THE GBD 2017. Risk Factor Collaborators. *Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. The Lancet,392(10159):1923–94.2018.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação*. São Paulo: Atlas, 2013. 175 p.

VASCONCELOS, F.A.G. *Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula*. Ver. Nutr, v.18, n.4, p439-57. 2005.

VIAL, Gonzalo. *Historia de Chile*. Santillana, vol.3, 1987.

VILLARES, S.M.F. *O que causa o ganho de peso?* In: Halpern A, Mancini MC, coordenadores. Manual de obesidade para o clínico. São Paulo: Roca; 2002. p.37-44.

WANG, J. W.; IANNOTTI, R. J.; LUK, J. W. *Bullying Victimization among Underweight and Overweight U.S. Youth: Differential associations for Boys and Girls*. Journal of Adolescent Health, v. 47, n.1, p. 99-101, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Helsinki statement on health in all policies (HiAP): Framework for country action*. Geneva, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weightfor- height and body mass index-for-age: methods and development. Who Child Growth Standard. Geneva: WHO, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Mundo chega a 2 milhões de mortos por Covid-19*. ONU News- Perspectiva Global Reportagens Humanas. 2021. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2021/01/1738882>. Acesso em: 14 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Obesity and overweigh*. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 20 ago. 2021

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Obesity and overweigh*: Fact Sheet.2019 Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/andmanaging>. Acesso em: 20 nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Obesity: preventing and managing the global epidemic – report of a WHO consultation on obesity*. Geneva: WHO, 1998.

WU, Xun. *Avaliação de Políticas Públicas*. In: WU, Xun *et al.* Guia de Políticas Públicas: Gerenciando Processos. Brasília: Enap, 2014, p. 117-137.

WYATT, H. R.. *Update on Treatment Strategies for Obesity*. The Journal Of Clinical Endocrinology & Metabolism, [s.l.], v. 98, n. 4, p.1299-1306, abr. 2013.

YATSUYA, H. *et al.* *Global Trend in Overweight and Obesity and Its Association With Cardiovascular Disease Incidence*. Circulation Journal, [s.l.], v. 78, n. 12, p.2807-2818, 2014.

ZÁRATE, M.S. *Las madres obreras y el Estado chileno: La Caja del Seguro Obligatorio, 1900-1950*”, IN: M., S. (comp.): *Mujeres chilenas, fragmentos de una historia*. Santiago de Chile: Catalonia.2008.

ZHANG, Y. *et al.* *Trends in overweight and obesity among rural children and adolescents from 1985 to 2014 in Shandong, China*. European Journal Of Preventive Cardiology, [s.l.], v. 23, n. 12, p.22-23, 26 abr. 2016.

**Anexo I: Currículos *Lattes* de Maura Dinorah da Silva Motta e de sua orientadora, Helena Ribeiro.**



## Maura Dinorah da Silva Motta

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6465441952219198>

ID Lattes: **6465441952219198**

Última atualização do currículo em 19/11/2021

Bacharel em Administração com foco em Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS-2012) e Sanitarista pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS-2013). Doutoranda Direta no Programa de Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Atuação docente no EaD dos Cursos de Graduação da Universidade Virtual do Estado de São Paulo- UNIVESP entre os anos de 2019 e 2021 ao participar do Programa de Formação Didático-Pedagógica em Cursos na Modalidade à Distância, em convênio UNIVESP-USP, através do qual realizou a Especialização em Processos Didáticos-Pedagógicos para Cursos na Modalidade EaD. Servidora Pública Federal da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) desde 2010 com atuação como professora-tutora do Curso de Especialização em Saúde da Família pela UNA-SUS/UFCSPA (2017).  
**(Texto informado pelo autor)**

### Identificação

<b>Nome</b>	Maura Dinorah da Silva Motta
<b>Nome em citações bibliográficas</b>	MOTTA, M. D. S.
<b>Lattes iD</b>	 <a href="http://lattes.cnpq.br/6465441952219198">http://lattes.cnpq.br/6465441952219198</a>

### Endereço

<b>Endereço Profissional</b>	Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Rua Sarmento Leite, 245 Laboratório de Patologia, sala 002. Centro 90070150 - Porto Alegre, RS - Brasil Telefone: (51) 33038726 URL da Homepage: <a href="http://www.ufcspa.edu.br">www.ufcspa.edu.br</a>
------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Formação acadêmica/titulação

<b>2015</b>	Doutorado em andamento em Saúde Global e Sustentabilidade (Conceito CAPES 4), Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Obesidade na América Latina: Uma Avaliação das Políticas Públicas de prevenção e controle- os casos de Brasil e Chile, Orientador:  Helena Ribeiro. Coorientador: João Luís Gonçalves dos Reis Nunes. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Políticas Públicas.
<b>2019 - 2021</b>	Especialização em Processos Didático-Pedagógicos para Cursos na Modalidade à Distância. (Carga Horária: 960h). Universidade Virtual do Estado de São Paulo, UNIVESP, Brasil. Título: Desempenho Acadêmico na Graduação EaD pré e concomitante à pandemia do coronavírus no Brasil: Uma análise comparativa dos anos de 2019 e 2020 do Curso de Engenharia da Computação da UNIVESP. Orientador: Marcelo Fantinato.
<b>2012 - 2013</b>	Bolsista do(a): Governo de São Paulo, UNIVESP, Brasil. Especialização em Saúde Pública. (Carga Horária: 435h). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Brasil. Título: Cirurgias Bariátricas realizadas pelo SUS em Residentes da Região Metropolitana de Porto Alegre, RS: 2008 a 2010. Orientador: Roger dos Santos Rosa.
<b>2008 - 2012</b>	Graduação em Administração: Sistemas e Serviços de Saúde. Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, UERGS, Brasil. Título: Análise de Custo das Cirurgias Bariátricas Realizadas no Sistema de Saúde Brasileiro em Comparação à Terapêutica Convencional de Controle da obesidade.



## Helena Ribeiro

**Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1A**

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/8725809744497200>

ID Lattes: **8725809744497200**

Última atualização do currículo em 11/11/2021

bachelor's at Geography from Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1972), master's at Geography from University of California Berkeley (1981) and doctorate at Physical Geography from Universidade de São Paulo (1988). Has experience in Geosciences, focusing on Geographical Climatology, acting on the following subjects: environmental health. Global health, urban health, medical geography, air pollution, climate changes and environmental education. Professor of the Environmental Health Department of the School of Public Health of the University of São Paulo. Professor at the Global Health and Sustainability PhD program of the University of São Paulo Former professor of Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Former Environmental advisor to the Mayor of São Paulo Former Member of the Executive Committee of ICLEI - International Council for Local Environmental Initiatives. **(Texto informado pelo autor)**

## Identificação

<b>Nome</b>	Helena Ribeiro
<b>Nome em citações bibliográficas</b>	RIBEIRO, H.;Ribeiro, Helena
<b>Lattes iD</b>	 <a href="http://lattes.cnpq.br/8725809744497200">http://lattes.cnpq.br/8725809744497200</a>
<b>Orcid iD</b>	 <a href="https://orcid.org/0000-0002-1321-7060">https://orcid.org/0000-0002-1321-7060</a>

## Endereço

<b>Endereço Profissional</b>	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Ambiental. Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30667712 Ramal: 218 Fax: (11) 30667732 URL da Homepage: <a href="http://www.fsp.usp.br">www.fsp.usp.br</a>
------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Formação acadêmica/titulação

<b>1984 - 1988</b>	Doutorado em Geografia (Geografia Física) (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Poluição do ar e doenças respiratórias em criança da Grande São Paulo: um estudo de geografia médica, Ano de obtenção: 1988. Orientador: José Roberto Tarifa. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.
<b>1977 - 1981</b>	Mestrado em Geografia. University of California Berkeley, UCB, Estados Unidos. Título: Sequent land use and environmental issues in a subtropical milieu: the case of São Simão, in the State of São paulo, Brazil,Ano de Obtenção: 1981. Orientador: Hilgard O'Reilly Sternberg. Palavras-chave: agricultura sustentável; Cobertura Vegetal; Degradação Ambiental. Grande área: Ciências Humanas
<b>1969 - 1972</b>	Graduação em Geografia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.

## Pós-doutorado e Livre-docência

<b>1996</b>	Livre-docência. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Ilha de calor na cidade de São Paulo: sua dinâmica e efeitos na saúde da população, Ano de obtenção: 1996.
-------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## **Anexo II- Aceite para Capítulo de Livro**



Maura Dinorah da Silva Motta <mauramotta@usp.br>

---

## WG: Your abstract submitted to the book "Implementing the UN Sustainable Development Goals- Regional Perspectives"

---

SDG-Publications <SDG-Publications@haw-hamburg.de>  
Para: SDG-Publications <SDG-Publications@haw-hamburg.de>

4 de outubro de 2021 14:17

Dear Colleague,

Many thanks for your abstract submitted to the book series "Implementing the UN Sustainable Development Goals- Regional Perspectives".

Please make sure that aspects related to the SDGs are outlined in the paper, as well as any specific elements which may be of interest to an international audience, and which could be replicated. We are very interested to document and promote best practice in the implementation of the SDGs, which may be inspiring to others.

Please see attached two documents:

1. a template so you can format your paper and
2. the guidelines for submissions, with all details needed.

Please use and kindly follow the attached guidelines, very strictly, especially the information on authors and the references. We kindly ask authors whose first language is not English, to provide a certified document to state the paper has been proof-read by a) native speaker, or b) an English teacher or c) someone whose command of the English language is good enough to cater for a text without grammar and syntax errors. The Editors may help with adjustments in the text in respect of consistency, but cannot correct grammar and syntax errors. Please make sure your paper is free of such errors, so that the review may only focus on the contents.

Also, to avoid any problems, we kindly ask the authors to make a previous check for similarity by using the Similarity Index available via Turnitin <https://www.turnitin.com/> or any other plagiarism software.

We cannot accept a similarity index beyond 15% since this means that much text has been copied and pasted and little original thought is on the paper. Thank you for your understanding.

The deadline for the submission of full papers is 30th January 2022. Please help us to meet this deadline. Indeed, if you could submit it earlier it would be even better, so that we have enough time for the peer-review.

Books published as part of the "World Sustainability Series" <https://www.springer.com/series/13384>, are all peer-reviewed and acknowledged as high-quality academic outputs. Many authors have had over the years their contributions officially accepted for promotion or tenure purposes. We are pleased you are taking advantage of this opportunity. The time invested here will be certainly worth it and will showcase your work to a world audience.

The next steps:

1. you prepare your paper
2. Springer sets the on-line platform, which will be ready in later September, we will send you the details so you can make the submission on-line
3. you submit your paper, by 30th January 2022 at the latest

4. the paper is peer-reviewed and you are informed about the outcome

We hope to complete the book by May 2022, so that it can be launched at the Rio+30 event organised by the UN in June 2022. We are pleased that you are our partner in this process.

Springer no longer sends print copies, but all authors will get a PDF of their papers, and an electronic token to access the book for their personal use.

If you have any questions, please let us know.

Many thanks.

Rgds,

The Editorial Team

---

## 2 anexos



**Guidelines for Authors\_SSF.pdf**

560K



**Chapter\_Template\_SSF.pdf**

113K

Maura Dinorah da Silva Motta &lt;mauramotta@usp.br&gt;

---

## Invitation to the Project: SDGs in the Americas and Caribbean Region

1 mensagem

**Ms. Sivadharshini Ananda Narayana**

&lt;sivadharshini.anandanarayana.consultant@springernature.com&gt;

Responder a: "Ms. Sivadharshini Ananda Narayana" &lt;sivadharshini.anandanarayana.consultant@springernature.com&gt;

Para: mauramotta@usp.br

26 de outubro de 2021

23:42

Dear Maura Dinorah da Silva Motta,

Thank you very much for contributing to the [SDGs in the Americas and Caribbean Region](#), edited by **Walter Leal Filho**. With this e-mail, we officially invite you to be an author for the following topic(s):

- Please Submit: »[Obesity and the 2030 Agenda in Latin America: Prevention and Control Policies in Brazil and Chile](#)« (submission due: January 10, 2022; Author(s): **Motta, M.\***, Ribeiro, H.)

\* corresponding author(s)

All co-authors listed above will also receive this email. Please coordinate among each other regarding the preparation of the manuscript.

On your first visit the system will ask you to accept the copyright transfer agreement ("Terms & Conditions"). **This is a legal prerequisite to our publishing your contribution(s).**

**To get started as an author, please follow these steps:**

1. **Read the author guidelines** (provided by the Editorial Board and Springer) attached to this e-mail before you start writing.
2. **Submit your manuscript:** Whenever you are ready to submit your contribution, click on the chapter link(s) above and follow the step-by-step submission process. Please do not forget to click the Submit-button. We will send a confirmation email if the submission was successful.
3. **Free access:** Check out [all Major Reference Works on SpringerLink](#).

**Note:** Please include the names of all article/chapter authors in the correct order with their affiliations in the manuscript and mark who is to be the corresponding author. Authorship changes are not permitted after a chapter has been submitted.

**Here are some frequently asked questions:**

- **How do I access the system?**
  - The links in this email give you direct access (unless you are an editor).
  - If you are an editor or if you want to set up a password simply click here: <https://meteor.springer.com/access/resetpassword.jsf?user=553898&token=3805-236b-0021-23a4>
- **How do I update my contact details?** Click here: [Change user profile](#)
- **How do I get further information on the project?** Visit the [SDGs in the Americas and Caribbean Region](#) on our system. You will find a number of tabs:
  - **"About"** provides further information on the project
  - **"My Chapter"** lists your contribution(s)
  - **"My Task"** lists all contributions that need to be (re-)submitted and sometimes other tasks.
  - **"Table of Contents"** contains the current table of contents.
  - **Help** with the system: Refer to the 'Help' link on Meteor.

**Please do not forward this e-mail to anyone:** The links in this e-mail are your personal key to our submission system, your manuscripts and your contract.

**Note:** We kindly ask authors whose first language is not English to have the chapter proof-read by a) a native speaker, b) an English teacher or c) someone whose command of the English language is good enough to check for errors in grammar and syntax. The Editors may help with adjustments in the text with respect to consistency but cannot correct errors in grammar and syntax. Please make sure your chapter is free of such errors so that the review can only focus on the content. Thanks for your understanding.

We look forward to a fruitful cooperation.  
The Springer Reference Editorial Team

This e-mail is confidential and should not be used by anyone who is not the original intended recipient. If you have received this e-mail in error please inform the sender and delete it from your mailbox or any other storage mechanism. Springer Nature India Private Limited does not accept liability for any statements made which are clearly the sender's own and not expressly made on behalf of Springer Nature India Private Limited or one of their agents. Please note that Springer Nature India Private Limited and their agents and affiliates do not accept any responsibility for viruses or malware that may be contained in this e-mail or its attachments and it is your responsibility to scan the e-mail and attachments (if any).

Springer Nature India Private Limited. Registered office: 7th Floor, Vijaya Building, [17 Barakhamba Road, New Delhi, Delhi, 110001, India](#).

Registered number: U22122DL2002PTC117414



**Author Guidelines\_HB.Implementing UN\_SGDs.2021docx.pdf**

1117K