



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Nutrição

Ana Carolina Rocha de Oliveira

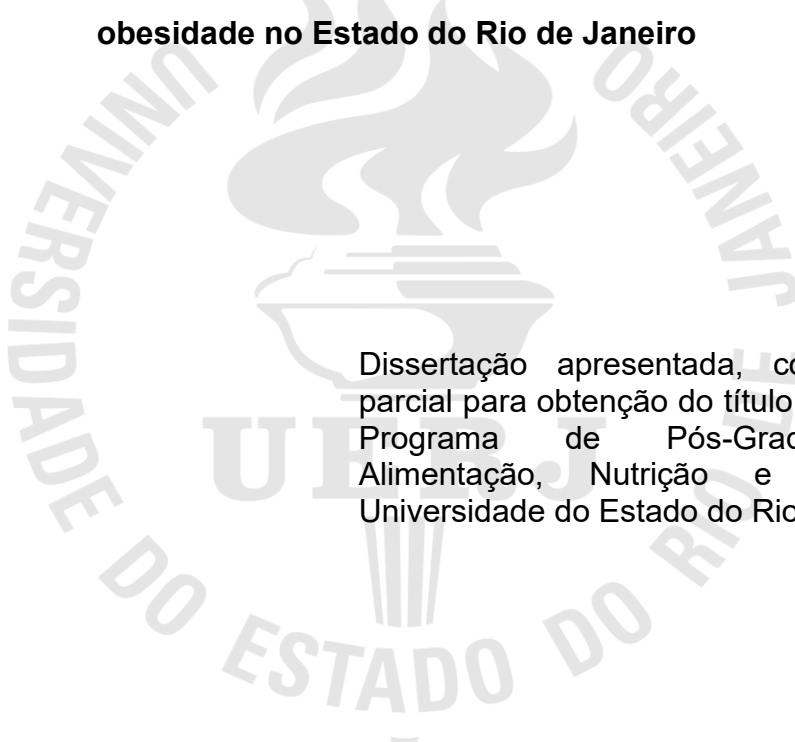
**Análise da implementação das políticas públicas para prevenção e
redução da obesidade no Estado do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2024

Ana Carolina Rocha de Oliveira

**Análise da implementação das políticas públicas para prevenção e redução da
obesidade no Estado do Rio de Janeiro**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Carolina Feldenheimer da Silva

Coorientador: Paulo Cesar Pereira de Castro Junior

Consultor ad hoc (ledor): Prof.^a Dr.^a Cristiane Seixas

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

O48 Oliveira, Ana Carolina Rocha de.
Análise da implementação das políticas públicas para prevenção e
redução da obesidade no Estado do Rio de Janeiro/ Ana Carolina Rocha
de Oliveira. – 2024.
137 f.

Orientadora: Ana Carolina Feldenheimer da Silva.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Nutrição.

1. Nutrição – Teses. 2. Obesidade – Teses. 3. Políticas públicas –
Teses. I. Silva, Ana Carolina Feldenheimer da. II. Universidade do Estado
do Rio de Janeiro. Instituto de Nutrição. III. Título.

br

CDU 612.3

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Ana Carolina Rocha de Oliveira

**Análise da implementação das políticas públicas para prevenção e redução da
obesidade no Estado do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 8 de agosto de 2024.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a. Ana Carolina Feldenheimer da Silva (Orientadora)
Instituto de Nutrição - UERJ

Prof. Dr. Hugo Braz Marques
Ministério da Saúde

Prof.^a Dr.^a. Elisabetta Gioconda Iole Giovanna Recine
Universidade de Brasília

Prof.^a Dr.^a. Andrea Sugai Mortoza
Universidade Federal de Goiás

Prof.^a Dr.^a. Juliana Pereira Casemiro
Instituto de Nutrição - UERJ

Rio de Janeiro

2024

AGRADECIMENTOS

Dedico meus agradecimentos aos encontros e confluências com diversas pessoas que contribuíram de diferentes formas para a travessia e conclusão deste processo.

Peço licença e reverencio as energias que me regem e protegem e me trouxeram até aqui, não apenas sobrevivente, mas potente e ciente de meu tamanho. Agradeço pela guarda de minha cabeça e de meu espírito e por retirar do meu caminho tudo aquilo que não contribui para a minha expansão.

À minha mãe, Carmen Lúcia, uma mulher que, além de me trazer a esse mundo, me ensina sobre ser forte, resiliente, sábia, paciente, humilde e observadora sem perder a ternura e altivez pela vida. Você é meu maior exemplo de que a vida se ajusta e pode ser bonita da sua própria maneira.

À minha irmã, Simone, por todo seu cuidado e zelo comigo, mesmo quando eu não podia ainda decifrar o que era isso. Obrigada por embalar meu sono, cuidar do meu espírito e ser um guia para que eu olhe mais profundamente para as pessoas. Aos meus irmãos, Leonardo e Anderson (*in memoriam*) que, apesar de sua breve passagem por esse mundo, constituem minhas raízes.

À minha avó de coração, dona Neyde Barbosa, que do alto de seus 90 anos me faz lembrar que a vida precisa ser vivida, bailada e celebrada.

À minha amiga-irmã Elisa Mendonça pelo nosso encontro que aconteceu muito antes que nos déssemos conta. Celebro esta amizade construída em ato, no dia a dia de cuidado, escuta, acolhimento e risadas. Obrigada por ser ponte, caminho, colo, inspiração e por compartilhar comigo uma vista bonita da vida. Te honro e te celebro.

À minha amiga Gabrielle Evangelista que, ao longo desses quase dez anos de amizade, me ensina a voar de muitas formas. Não houve fuso horário, oceano ou distância física que pudessem impedir nossas trocas profundamente significativas para mim. Cada áudio, ligação, textões e desabafos foram essenciais ao longo dessa jornada.

Ao amigo (roomie) Hugo Braz pelo potente encontro e aprendizados diários nesta caminhada do tornar-se negro. Que nossa caminhada siga conjunta, com passos firmes e de apoio mútuo. Te amo.

Aos amigos e família escolhida Leidiane, Patrick, Bento, Rodrigo Toranzo, Gabriele Carvalho, Rafael Costa, Vitória Morais, Nathália Soares, Isabela Gaspar, Michele Costa, Gabriel Veloso, Gabriella Vicente, Leannru Sussmann, Amanda Neder, Maria Julia Melo e Aline Alves pelas mais diversas formas de contribuição neste processo. Foi essencial contar com o cuidado e carinho por parte de vocês desde revisão de texto, ombro amigo, jogo de tarot, idas ao teatro e cinema, workshops de yoga, sambas, jantares a idas à feira livre para caldo de cana e pastel.

À minha psicóloga, Fernanda Nascimento, que semanalmente – muito antes do começo desta travessia – me conduz, numa guiança responsável e cuidadosa, para mais próxima ao meu centro.

Às minhas amigas do NASF Emigdyo, Débora, Thaislayne e Nayza Laine pela parceria que se iniciou no dia a dia árido do trabalho na APS e logo se transformou numa amizade que perdura e cuida. Agradeço o privilégio e oportunidade de, enquanto trabalhadora do SUS, ter aprendido, aprimorado e exercido com vocês o cuidado em saúde que acreditamos. Nossa forma peculiar de ser, as risadas e o acolhimento, que inúmeras vezes salvaram os meus dias, são inesquecíveis. Obrigada por tudo amigas.

Aos meus companheiros de trabalho do Instituto Desiderata. Para aqueles que já compuseram e que hoje estão no time da equipe Obesidade, em especial Raphael Barreto pelo apoio e incentivo ao longo da pós-graduação, mas sobretudo, pelo exercício de uma liderança humana, ética e amorosa, pautada pelo profundo respeito às pessoas que somos e às bagagens que carregamos. Tenho a sorte de também ter podido construir com você uma amizade que me fortalece, potencializa e acolhe. Você é uma grande inspiração. Obrigada por acreditar, muitas vezes mais do que eu, que esse trabalho seria possível e por me ajudar a aprimorar as lentes sobre o caminho acadêmico.

À minha (Orí) entadora, Ana Carolina Feldenheimer, por ser ponte. Contar, verdadeira e profundamente, com você ao longo dessa nossa ousada jornada foi essencial. Agradeço a confiança, suporte, incentivo e convívio. Finalizo este processo com a certeza que, para além do título acadêmico e uma bela pesquisa, nossa relação (que cuidamos com tanto cuidado ao longo desse processo) se estabelece pautada pelo respeito, acolhimento e generosidade. Obrigada por segurar a minha mão nessa travessia.

Aos membros da banca de qualificação (Hugo Braz e Elisabetta Recine) pelas preciosas e enriquecedoras contribuições.

À todos os professores e funcionários do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro pela manutenção, fortalecimento e avanço da “minha casinha UERJ” como um espaço de potência e transformação por meio da educação.

“Não tenho dúvida de que a confluência é a energia que está nos movendo para o compartilhamento, para o reconhecimento, para o respeito. Um rio não deixa de ser um rio porque conflui com outro rio, ao contrário, ele passa a ser ele mesmo e outros rios, ele se fortalece.” (Antônio 'Nêgo' Bispo dos Santos)

RESUMO

OLIVEIRA, Ana Carolina Rocha. *Análise da implementação das políticas públicas para prevenção e redução da obesidade no Estado do Rio de Janeiro*. 2024. 137 f. Dissertação (Mestrado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Considerados relevantes problemas de saúde pública, a obesidade e as doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de morte e incapacidade na atualidade, ocupando a centralidade das discussões científicas. Para o enfrentamento desses agravos são necessárias políticas públicas (PP). Foi analisado o nível de implementação das PP do Estado do Rio de Janeiro para prevenir e controlar a obesidade através do protocolo INFORMAS/Food-EPI. O protocolo é composto por um componente relacionado às políticas e outro relacionado à institucionalidade, subdivididos em sete e seis domínios respectivamente. O processo de avaliação ocorreu em seis etapas: (1) adaptação da ferramenta para âmbito local; (2) revisão abrangente de ações e PP relacionadas ao tema; (3) validação com especialistas; (4) comparação de ações locais com as melhores práticas internacionais e avaliação de seu nível de implementação; (5) eleição de um conjunto de ações para melhoria das PP atuais e (6) priorização das proposições considerando sua importância e factibilidade. Os resultados demonstram que os domínios que mais se destacaram com ações associadas foram provisão de alimentos (20,5%) e monitoramento e avaliação (13,6%). Quanto ao nível de implementação das políticas para ambientes alimentares mais saudáveis, 2,8% (n=1) foram classificadas como “muito baixo”, 52,8% (n=19) como de “baixa” implementação, 27,8% (n=10) nível “médio” de implementação, enquanto apenas 16,6% (n=6) das ações foram consideradas com “alto nível” de implementação. A maior parte das propostas oferecidas pelos especialistas estavam situadas no componente políticas (n=44). As propostas eleitas como mais factíveis pelos especialistas estavam concentradas no componente de políticas. A avaliação da implementação das políticas poderá ajudar no aprimoramento e no planejamento de políticas e ações além da proposição de propostas de melhoria dos ambientes alimentares no RJ para avançar no enfrentamento da obesidade.

Palavras chave: Obesidade; ambientes alimentares; avaliação de políticas públicas.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Ana Carolina Rocha. *Analysis of the implementation of public policies for the prevention and reduction of obesity in the State of Rio de Janeiro*. 2024. 137 f. Dissertação (Mestrado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Considered major public health problems, obesity and chronic non-communicable diseases are the main causes of death and disability today and are at the center of scientific discussions. Public policies (PP) are needed to tackle these problems. The level of implementation of public policies in the state of Rio de Janeiro to prevent and control obesity was analyzed using the INFORMAS/Food-EPI protocol. The protocol consists of a component related to policies and another related to institutionality, subdivided into seven and six domains respectively. The evaluation process took place in six stages: (1) adaptation of the tool to the local level; (2) comprehensive review of actions and PPs related to the topic; (3) validation with experts; (4) comparison of local actions with international best practices and assessment of their level of implementation; (5) selection of a set of actions to improve current PPs and (6) prioritization of the proposals considering their importance and feasibility. The results show that the domains that stood out most with associated actions were food provision (20.5%) and monitoring and evaluation (13.6%). As for the level of implementation of policies for healthier food environments, 2.8% (n=1) were classified as “very low”, 52.8% (n=19) as “low” implementation, 27.8% (n=10) as “medium” implementation, while only 16.6% (n=6) of the actions were considered to have a “high level” of implementation. Most of the proposals offered by the experts were located in the policy component (n=44). The proposals chosen as most feasible by the experts were concentrated in the policy component. Evaluating the implementation of policies could help to improve and plan policies and actions, as well as proposing ways to improve food environments in Rio de Janeiro in order to make progress in tackling obesity.

Keywords: Obesity; food environments; public policy evaluation.

RESUMEN

OLIVEIRA, Ana Carolina Rocha. *Análisis de la implementación de políticas públicas de prevención y reducción de la obesidad en el Estado de Río de Janeiro*. 2024. 137 f. Dissertação (Mestrado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Consideradas grandes problemas de salud pública, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles son hoy las principales causas de muerte y discapacidad, y ocupan un lugar central en los debates científicos. Se necesitan políticas públicas (PP) para hacer frente a estos problemas. El nivel de implementación de políticas públicas en el estado de Río de Janeiro para prevenir y controlar la obesidad se analizó mediante el protocolo INFORMAS/Food-EPI. El protocolo está formado por un componente relativo a las políticas y otro relativo a la institucionalización, subdivididos en siete y seis dominios respectivamente. El proceso de evaluación se desarrolló en seis etapas: (1) adaptación de la herramienta al ámbito local; (2) revisión exhaustiva de las acciones y PP relacionados con el tema; (3) validación con expertos; (4) comparación de las acciones locales con las mejores prácticas internacionales y evaluación de su nivel de implementación; (5) selección de un conjunto de acciones para mejorar los PP actuales y (6) priorización de las propuestas teniendo en cuenta su importancia y viabilidad. Los resultados muestran que los ámbitos que más destacaron con acciones asociadas fueron el suministro de alimentos (20,5%) y el seguimiento y evaluación (13,6%). En cuanto al nivel de implementación de las políticas para entornos alimentarios más saludables, el 2,8% (n=1) se clasificó como «muy bajo», el 52,8% (n=19) como implementación «baja», el 27,8% (n=10) como implementación «media», mientras que sólo el 16,6% (n=6) de las acciones se consideró que tenían un «alto nivel» de implementación. La mayoría de las propuestas ofrecidas por los expertos se situaban en el componente político (n=44). Las propuestas elegidas como más viables por los expertos se concentraron en el componente político. La evaluación de la aplicación de las políticas podría ayudar a mejorar y planificar políticas y acciones, así como a proponer formas de mejorar los entornos alimentarios en Río de Janeiro para avanzar en la lucha contra la obesidad.

Palabras clave: Obesidad; entornos alimentarios; evaluación de políticas públicas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - População Residente no estado do Rio de Janeiro segundo região de governo (2022) e variação (%) populacional entre Censos (2010 - 2022)	26
Figura 2 - Marco conceitual dos determinantes sociais da saúde	35
Figura 3 - Linha do tempo de evolução do monitoramento e avaliação, segundo marcos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.....	69
Figura 4 - Número de ações desenvolvidas pelo estado do Rio de Janeiro por domínio	89
Figura 5 - Número de ações desenvolvidas pelo estado do Rio de Janeiro por domínio	86
Figura 6 - Número percentual de propostas por domínio	91
Figura 7 - Distribuição da priorização de propostas do componente política	94
Figura 8 - Distribuição da priorização de propostas do componente institucionalidade	95

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estimativa da população coberta pela ESF segundo Região de Saúde, Rio de Janeiro, dezembro, 2021	27
Quadro 2 - Estado Nutricional de adultos acompanhados na APS por região no Estado do Rio de Janeiro, 2023	30
Quadro 3 - Consumo de alimentos ultraprocessados de adultos acompanhados na APS por região no Estado do Rio de Janeiro, 2023.	31
Quadro 4 - Ações e metas do Programa Crescer Saudável	45
Quadro 5 - Ações recomendadas pela Estratégia PROTEJA	46
Quadro 6 - Listagem de experiências legislativas brasileiras, considerando o uso da classificação NOVA, para regulamentação de ambientes escolares	58
Quadro 7 - Módulos, questões norteadoras e instituições responsáveis pelo INFORMAS	70
Quadro 8 - Grau de implementação de políticas públicas para ambientes alimentares, Rio de Janeiro, 2023	87
Quadro 9 - Propostas priorizadas, com base em critérios de importância e viabilidade, Rio de Janeiro, 2024.	91

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1 REFERENCIAL TEÓRICO	20
1.1 De que território estamos falando?	20
1.2 Organização Estrutural Atual Do Estado Do Rio De Janeiro	24
1.3 Panorama da Obesidade	29
1.4 Ambientes Alimentares	40
1.5 Políticas Públicas de alimentação e nutrição voltadas a prevenção e controle da obesidade no Brasil	42
1.6 Promoção da Alimentação Adequada e Saudável	48
1.7 Guias Alimentares e promoção da atividade física	50
1.8 Controle e regulação dos alimentos	51
1.9 Avaliação de políticas de saúde e suas interfaces com o campo da Alimentação e Nutrição	62
1.10 A Rede INFORMAS e índice FOOD- EPI	70
1.11 Componente de política	73
1.12 Componente de institucionalidade	75
2 JUSTIFICATIVA	77
3 OBJETIVO	78
3.1 Objetivo Geral	78
3.2 Objetivos Específicos	78
4 ARTIGO	79
4.1 Introdução	80
4.2 Objetivos	82
4.3 Métodos	82

4.4	Descrição da aplicação do Food-EPI	83
4.5	Análise de dados	85
4.6	Resultados	85
4.7	Avaliação de especialistas sobre a extensão da implementação de políticas governamentais em relação às melhores práticas	87
4.8	Discussão	96
4.9	Conclusão	105
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
	REFERÊNCIAS	107
	APENDICE A	126
	APENDICE B	135

APRESENTAÇÃO

Originalmente esta dissertação não foi pensada para ter uma apresentação. Portanto, as palavras que você, leitora, verá aqui, são fruto de um processo relativamente longo de maturação dos porquês eu deveria me apresentar. A necessidade de apresentação veio depois da sugestão, aparentemente simples, da banca de qualificação. A solicitação me chegou num tom muito carinhoso, mas confesso que foi uma das coisas mais difíceis que ouvi naquele dia. Meu coração estava nervoso pelos 12 meses passados desde o início dessa trajetória e eu ouvi o pedido do alto de minha certeza bastante cambaleante se chegaria até aqui. Talvez agora, de fato, faça sentido me apresentar numa descrição bem breve, listando os motivos que me trouxeram até esse complexo ofício de dissertar sobre esta temática.

Primeiramente, obrigada pelo interesse em me ler. Considero as palavras como bens muito preciosos. E lugar de fala neste espaço acadêmico é coisa que, gente como eu, acessa desde ontem. Considero este percurso dissertativo como uma grande travessia. Eu, mulher negra que sou, carioca da gema, também sou atravessada por essa cidade. Morar no Rio de Janeiro por toda uma vida e sentir suas reentrâncias e saliências, produz um mosaico muito particular de vivências e jornadas pelos territórios que transitei. Ter nascido na favela do Morro da Formiga, mas não ser “cria” dela, talvez me deixe um tanto quanto desterritorializada, ousou dizer. E, não por acaso, grande parte de minha atuação profissional se deu em regiões de favela. E ali, naquele misto de solidão e desesperança de me sentir uma agente do Estado nos muitos territórios arrasados nos quais estive, fui atravessada pelo nó na garganta de não ter uma solução no bolso do jaleco branco. E isso aconteceu inúmeras vezes. Logo eu, a (ainda única) “doutora” da família. Percebi então que sabia muito sobre nutrição, mas pouco sobre ser nutricionista de gente. Apesar de devorar todos os livros que podia, pouco sabia sobre a fome de verdade que eu via todos os dias na minha frente. Atravessada por um cenário que faltava tudo, vivi aqueles anos com angústias, frustrações e uma sensação de impotência. Me perguntava como eu poderia efetivamente contribuir na melhoria da saúde dos moradores daqueles territórios. Era fome. Mas era sobretudo a falta de tudo.

Atravessar talvez seja uma palavra que usarei muito ao longo desta escrita, porque ela representa grande parte deste processo. Sigo atravessada pela vida acadêmica, pela vivência como profissional da APS e pela enorme missão de escrever uma dissertação. Ah, a dissertação... me pego atravessada pela surpresa de como minha cabeça pode produzir tanto ou até mais que minhas mãos proletárias trabalhadoras do Sistema Único de Saúde. E constato também atravessada, a certeza de que esse lugar aqui também me pertence. Sem a Máscara de Flandres que sentenciou a escrava Anastácia ao silêncio e à míngua, sou livre para existir nestas linhas e fora delas. Sou atravessada e constituída pela minha vivência de campo e por isso, cada vez mais, me vejo na missão de aprofundar nas políticas de alimentação e nutrição, que se fazem necessárias.

Após quase dez anos de prática profissional, retorno à Universidade do Estado do Rio de Janeiro e me insiro no Programa de Pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde. Curso o mestrado ainda atravessada por uma série de vivências e mobilizada nas reflexões críticas sobre estas. Minha formação **na** saúde pública, e **para a** saúde pública, me levou a diferentes atuações no SUS. Dentre elas, desempenhei a função de nutricionista no então denominado Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atualmente eMulti. Lá, fui inserida no território e pude vivenciar a complexidade do trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), com suas fortalezas e dificuldades intrínsecas à construção de um sistema de saúde que se deseja público e universal. O território nos ensina todos os dias sobre o abismo entre o SUS que aprendemos nos livros e aulas de saúde pública e o SUS possível e oferecido pelos trabalhadores de saúde no dia a dia. O território revela sem pudores, que as condições de vida, trabalho e alimentação são, histórica e socialmente determinadas e (re)produzem, desigualmente, os padrões de saúde e doença na população. Além de viver um cotidiano de ausência do Estado, sentia a angústia permanente de “enxugar gelo” em localidades que, até pouquíssimo tempo atrás, eram desertos sanitários.

Durante meu tempo de atuação de trabalhadora da APS na cidade do Rio de Janeiro, me deparei com cenários arrasados e profissionais desmotivados. Vivi junto a meus colegas a submissão a uma lógica produtivista de gestão do trabalho e presenciei abordagens profundamente pautadas na responsabilização individual e,

muitas vezes, na ridicularização aos usuários que apresentavam obesidade. De mim, era esperado o milagre do emagrecimento. “Emagrecionista”, “a moça da balança”, “aquela que vai resolver meus problemas” eram adjetivos e colocações comuns nestes espaços. Em mim crescia o incômodo sobre a falta de visão sistêmica sobre a questão. Fui questionada inúmeras vezes quanto à minha competência como profissional, pela recorrente recusa em conduzir grupos de desafio de emagrecimento, assim como tantas outras práticas profissionais, esperadas e compreendidas como a única possibilidade a ser desempenhada pelo profissional nutricionista. A mim interessava os raros momentos de matriciamento com as equipes de referência, os quais dialogava sobre a complexa teia que envolve o cuidado e manejo da condição de obesidade. Nesses momentos, que não tardaram a se tornar inexistentes, refletíamos sobre como as políticas públicas não estavam sendo efetivadas. Era uma longa cadeia de pouca ação, e muitas escolhas de inação política.

A partir destas, e de muitas outras inquietações, esta dissertação se debruça sobre o desafio de avaliar a implementação de políticas públicas para a melhoria dos ambientes alimentares, com vistas ao cuidado de pessoas com obesidade. Ela é composta por um capítulo introdutório com referenciais teóricos importantes para o desenvolvimento do estudo (historicidade e organização estrutural do território do estado do Rio de Janeiro, panorama da obesidade, ambientes alimentares, políticas Públicas de alimentação e nutrição voltadas a prevenção e controle da obesidade no Brasil, avaliação de políticas de saúde e suas interfaces com o campo da Alimentação e Nutrição e caracterização da Rede INFORMAS e índice FOOD- EPI), além justificativa e objetivos. Metodologia, resultado, discussão e conclusão foram apresentados no formato de um manuscrito. Por fim, são apresentadas as referências bibliográficas, apêndices e os anexos. O manuscrito que compõe esta dissertação está apresentado no idioma e formato que será submetido à publicação em revistas científicas indexadas ou em livros que atendam os critérios vigentes da Classificação de Livros da CAPES. O formato de apresentação da dissertação atende às recomendações do Programa de Pós Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO

Considerado um relevante problema de Saúde Pública, a obesidade tem ocupado lugar central nas discussões científicas e políticas nas últimas décadas por se tratar de um acontecimento de dimensão epidêmica e mundial (MARTINS, 2018). A recente publicação do relatório da Carga Global de Doenças que fornece estimativas abrangentes de níveis de exposição, riscos relativos à saúde e carga atribuível de doença para fatores de risco em diversos países e territórios entre anos de 1990 a 2021, mostrou que as taxas globais de anos de vida ajustados por incapacidade por idades atribuíveis a um índice de Massa Corporal (IMC) alto aumentaram 15,7% no período analisado, com exposição aumentando anualmente a taxas de 1,8% (THE LANCET, 2024).

É conhecido que a alimentação não saudável é uma das principais causas da crescente carga global de obesidade e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Ao avaliar a distribuição das características referentes à qualidade da alimentação da população, observa-se que, em praticamente todos os países, houve um aumento persistente na produção, oferta e consumo de produtos ultra processados (MONTEIRO et al., 2013). Achados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 indicam que, no Brasil, a frequência de excesso de peso foi de 60,3% entre adultos, sendo maior entre mulheres (62,6%) quando comparadas aos homens (57,5%). Já a obesidade atinge a prevalência de 25,9%, apresentando tendências similares ao excesso de peso quando comparados homens (21,8%) e mulheres (29,5%) (BRASIL, 2019). Resultados obtidos pelo Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) mostram que, na capital do Rio de Janeiro, a prevalência de obesidade foi de 25,2% para homens e 27% para mulheres (BRASIL, 2023).

Soma-se à complexidade dos fatores que determinam a obesidade, como componentes sociais, ambientais, biológicos, comportamentais, culturais e econômicos, o fato de que as escolhas alimentares não são condicionadas unicamente pelo comportamento dos indivíduos, mas sim pelo sistema alimentar o qual ele está inserido (JAIME, 2024).

Cada vez mais tem sido investigada a influência dos ambientes alimentares

nos modos de consumo das pessoas, podendo potencialmente expô-las a um maior risco de desenvolvimento de obesidade e outras DCNT. Os ambientes alimentares são definidos como o contexto físico, econômico, político e sociocultural no qual os consumidores se envolvem com o sistema alimentar para tomar suas decisões sobre a aquisição, preparação e consumo de alimentos (HLPE,2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe como meta até 2025 deter o aumento da prevalência de obesidade e diabetes (WHO, 2014). Para tal, ações mais abrangentes que envolvam governos e indústrias de alimentos se fazem necessárias. Com base nas recomendações da OMS sobre o monitoramento das DCNT, o Ministério da Saúde brasileiro pactuou em 2021 novas metas para monitoramento destes agravos na próxima década dispostas em um Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil (BRASIL, 2021).

No Brasil, o debate sobre a obesidade tornou-se fortemente presente nas políticas públicas sendo o Ministério da Saúde o principal proponente de ações, seguindo a tendência internacional (DIAS et al., 2017). O Plano de Ação Estratégica para o Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (Plano de DANT) apresenta-se como diretriz para a prevenção dos fatores de risco das DANT e para a promoção da saúde da população com vistas a superar desigualdades em saúde. Em 2014 é lançada pela Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan) a Estratégia Intersectorial de Prevenção e Controle da Obesidade (Estratégia Obesidade) (BRASIL, 2011a; BRASIL 2014)

Na dimensão das ações voltadas à atenção à obesidade em crianças e adolescentes, em 2014 o Brasil, em conjunto com outros países da América Latina, assinou o Plano de Ação para a Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes. Em 2017 há o lançamento do Programa Crescer Saudável que busca, no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE) e em 2021 o lançamento da Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA) busca deter o avanço da obesidade infantil e contribuir para o cuidado e melhoria da saúde e da nutrição das crianças (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2021d).

Estratégias de cunho regulatório são exemplos de ações de proteção, como a

promoção de rotulagem mais clara e informativa, o incentivo à criação de ambientes institucionais, como escolas ou hospitais, que promovam uma alimentação adequada e saudável, bem como a melhoria do perfil nutricional dos alimentos (BRASIL, 2013a). Além das estratégias de cunho regulatório, guias alimentares se apresentam como diretrizes oficiais para a promoção da alimentação adequada e saudável e podem se configurar como importantes ferramentas para a prevenção da obesidade (BORTOLINI et al., 2019)

O monitoramento da implementação de políticas e planos de ação ainda é um desafio em todas as regiões e países. Para contribuir na superação de tal desafio, foi criado o INFORMAS (International Network for Food and Obesity/Non-communicable Diseases Research, Monitoring and Action Support) com vistas a apoiar o monitoramento da implementação de políticas e identificação de boas práticas que podem servir como exemplos para catalisar ações governamentais para reduzir a obesidade (SWINBURN et al., 2013; VANDEVIJVERE et al., 2017). O desenvolvimento desta pesquisa contribui para um processo permanente de avaliação de políticas de modo a refletir sobre as melhores práticas para prevenção e controle da obesidade.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 De que território estamos falando?

O processo de análise de políticas, programas e intervenções é um exercício de convocação à observação do contexto. O contexto importa, sobretudo ao se realizar uma análise de implementação, porque nos revela os fatores que facilitam ou comprometem a efetiva implantação de uma intervenção, oportunizando ajustes futuros ou mesmo o mapeamento de externalidades não previstas no planejamento das ações (GERSCHMAN, 2016).

Enquanto elemento contextual fundamental, o território onde as ações são planejadas e desenvolvidas para a consecução das políticas públicas também importa. Por esta razão, a compreensão da configuração político-administrativa do Estado do Rio de Janeiro (ERJ) é necessária para um olhar amplificado sobre suas dinâmicas e o desvelar de suas influências no planejamento e execução (ou não) das políticas sociais e de saúde deste espaço.

Gerschman (2016) pontua que, diferentemente do cenário de escassez sobre as políticas sociais e de saúde do estado, encontra-se uma vasta bibliografia disponível sobre a história do Rio de Janeiro capital. O município foi a capital da colônia a partir de 1763, tornou-se sede do Império brasileiro a partir de 1822 e foi também capital da República e Distrito Federal de 1889 a 1960, além de município-estado - estado da Guanabara - até o ano de 1975. Sendo assim, o estado do Rio de Janeiro resulta em um único estado, fruto da fusão entre o estado da Guanabara e o antigo estado do Rio de Janeiro, trazendo consigo consideráveis mudanças políticas e jurídicas. Cabe dizer que a transferência da capital federal para Brasília já havia representado uma significativa alteração da vida política na cidade, com perda de espaço e capital político (GERSCHMAN, 2010).

Gerschman (2010), em sua análise sobre a incorporação do SUS à política e a gestão da saúde estadual, oferece um olhar panorâmico sobre o processo de fusão e sua implicação na origem da fragmentação das políticas de saúde do ERJ até os dias atuais. Em seu estudo aponta:

Com a fusão, a chaga se reaviva, o Rio de Janeiro deixa de ser estado e se transforma em apenas um município do novo estado do Rio de Janeiro, na época formado por Niterói e pouco mais de quarenta municípios já bastante empobrecidos após a finalização do ciclo econômico do café. Apenas para se ter uma ideia do tamanho do problema, dados relativos ao ano de 1974 mostram que, enquanto o estado da Guanabara arrecadou antes da fusão dois milhões e 249 mil dólares, o estado do Rio alcançou apenas 370 mil dólares. Para tornar ainda mais complexa a fusão, esta foi decidida durante o governo militar pelo então presidente general Geisel através da lei complementar n. 20 de 1º de julho de 1974, sem consulta, inclusive, aos próprios partidos criados pelo regime militar (GERSCHMAN, 2010, p.81).

A divisão de competências e atribuições entre a esfera federal, estadual e municipal, também se mostrou como uma ação de complexo enfrentamento no ERJ visto que muitas das instituições da União permaneceram no estado por bastante tempo, considerando que Rio de Janeiro havia sido Distrito Federal, como o Instituto Nacional Assistência Médica Previdência Social (Inamps), a Fundação Nacional de Saúde (FNS) e, até hoje, segue com instituições hospitalares de média e alta complexidade. Considerando que o processo de descentralização em saúde no Brasil se efetiva de maneira político-administrativa - envolvendo não somente a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal - o processo de descentralização do ERJ, tal como preconizado na política do SUS, constitui-se de forma frágil tendo em vista que necessita de cooperação entre os âmbitos administrativos e políticos da União para seu êxito (GERSCHMAN, 2010; LEICOVITZ, 2001). O Rio de Janeiro, a partir dos processos de não adesão às Normas Operacionais Básicas - instrumentos legais que normatizaram e operacionalizaram as relações entre as esferas de governo, não previstas nas leis nº 8080 e 8142 - nos anos de 91 e 96 dificulta a efetiva construção de um pacto federativo. Na região Sudeste, os estados do Rio de Janeiro e Espírito Santo não se habilitaram a nenhuma das duas até praticamente ser adotada a NOB/Noas 2002 que dispõe sobre a nova modalidade de gestão regionalizada. Na prática isso representou o não acolhimento à habilitação à Gestão Avançada ou Gestão Plena do Sistema Estadual por seis anos, em franca dissonância com os demais estados brasileiros os quais, em sua quase totalidade, já estavam aderidos às modalidades de descentralização (GERSCHMAN, 2010). As Normas Operacionais Básicas (NOB) representam instrumentos essenciais de regulamentação do processo de descentralização e tratam de aspectos referentes à divisão de responsabilidades,

relações entre gestores e critérios de transferência dos recursos federais para estados e municípios (LEICOVITZ, 2001). Foram editadas quatro NOB no período de 1991 a 1996, onde a NOB 91 expõe o processo de municipalização (BRASIL, 1991); a NOB 93 pormenorizou o financiamento do sistema (BRASIL, 1993); e a NOB 96 criou os distintos níveis de gestão (BRASIL, 1996). As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) foram responsáveis pela introdução das ferramentas de planejamento e programação em saúde como a Programação Pactuada e Integrada (PPI) (PREUSS, 2018). Ressalta-se que na NOB 96 o papel das atribuições da esfera federal ficou desenhado no processo de municipalização do estado, originando relações diretas entre municípios e federação. Neste sentido Gerschman (2010) enfatiza:

A especial configuração e o processo histórico singular na conformação do estado, sob a sua feição atual, acrescentaram à municipalização dificuldades decorrentes da relação entre o estado e o município do Rio de Janeiro. À implementação do SUS se soma a confusão de papéis e atribuições entre ambos e com os municípios do interior do estado. Como resultado de atribuições insuficientemente definidas, os municípios do interior e o próprio município do Rio estabelecem relações diretas com a União, produzindo-se, em alguns casos, avanços significativos no processo de habilitação dos municípios para a gestão local, bem mais acentuados do que os avanços que o próprio estado deveria alcançar em conjunto com os seus municípios. O Rio de Janeiro pode ser considerado como estado-problema, principalmente pelo incipiente estágio de descentralização do sistema de atenção à saúde, devido, em grande medida, à ausência de políticas mais incisivas e à dependência orçamentária da federação (GERSCHMAN, 2010, p.77).

Ainda na análise da fusão e suas implicações nas políticas de saúde no ERJ, a existência de um cenário político de disputas partidárias entre a Aliança Renovadora Nacional (Arena) e Movimento Democrático Brasileiro (MDB), partidos gerados pelo regime militar, também contribuiu fortemente nas tensões entre interior e capital com a configuração de “um sistema partidário local com forte influência no plano nacional, herança de feitos passados, e com forte presença de lideranças locais de inclinações clientelistas, patrimonialistas e cartoriais” e também na participação do ERJ na composição do quadro político-partidário em âmbito nacional, conforme descrito em alguns estudos (AMORIM ET AL, 2013; GERSCHMAN ET AL, 2010).

Todo este cenário converge em dramáticas situações de “crise na saúde” que

vêm sendo vivenciadas pela população do ERJ ao longo dos anos e que Freire (2022), em seu estudo que buscou mapear a definição hegemônica de crise no ERJ em notícias de jornais, entrevistas públicas e comunicados oficiais, conclui que o discurso da crise, além de operar no projeto específico de desmonte do SUS, também se revela como um elemento fundante histórico do modo de governo no Brasil (FREIRE, 2022). Nos últimos anos há uma diversidade de notícias na imprensa e publicações científicas que se debruçam na comunicação e pesquisa sobre a recorrente “política de crise na saúde pública” do ERJ. A “literatura de crise” conta com episódios como a prisão e investigação de secretários de saúde por improbidades administrativas, reprovação de contas públicas por não cumprimento de destinação percentual mínima de investimento em saúde e, atualmente, por decisão da ministra da saúde Nísia Trindade, com a intervenção federal nos hospitais gerais federais na cidade do Rio de Janeiro em função de seu extenso histórico de péssimas condições de espaços físicos e administração. No momento de escrita desta dissertação, as últimas notícias apontavam sobre a transferência da gestão dos serviços de saúde do Hospital Federal do Andaraí, para a prefeitura da cidade do Rio de Janeiro (SILVA, 2020; CAVAGNOLI, 2021; BBC, 2016; CONGRESSO EM FOCO, 2016; G1, 2019; BRASIL DE FATO, 2021; CNN, 2021; PODER 360, 2024; BRASIL DE FATO, 2023; OUTRA SAÚDE, 2024; AGÊNCIA BRASIL, 2024).

Gerschman (2010) salienta sobre o comportamento de conjunção destas crises é caracterizados pela ausência de políticas de prevenção, falência continuada de serviços de atenção à saúde e filas de espera perenes. Conclui ainda que a dificuldade de integração concerne mais a política interna do ERJ do que as relações existentes entre federação e estado e reitera:

(...) dada a não integração (entre o estado e o seu município-sede), enfraquecem a atuação político-governamental das duas instâncias administrativas. Nesta condição, se esvai a intervenção e definição do município e do estado na implementação da política de saúde dada a inadequação para a pactuação entre esferas de governo. Abre-se o espaço para o estabelecimento de alianças temporárias e circunstanciais, segundo os interesses políticos em jogo, antes do que à definição das atribuições do município capital e do estado do Rio nas políticas de saúde estaduais. Em caso de políticas, como o SUS, em que a integração entre esferas de governo é indispensável para o andamento da política, esta tende a se tornar inoperante, não pela ausência do que fazer, mas pela debilidade em pactuar entre instâncias federativas. Esta situação inviabiliza o estabelecimento de uma base consensual/integrada entre papéis e funções a serem

desempenhadas pelo governo estadual e as que cabem ao governo municipal (GERSCHMAN, 2010, p.87).”

Entendemos ser necessário tal retrato, ainda que breve, sobre a historicidade dos desafios vividos neste território para a integração e divisão de responsabilidades entre os entes federativos para a efetivação do preconizado pelo SUS. Tais atravessamentos interferem diretamente na oferta de um cuidado integral aos indivíduos, especialmente em agravos que exigem cuidados multicomponentes como a obesidade.

1.2 Organização Estrutural Atual Do Estado Do Rio De Janeiro

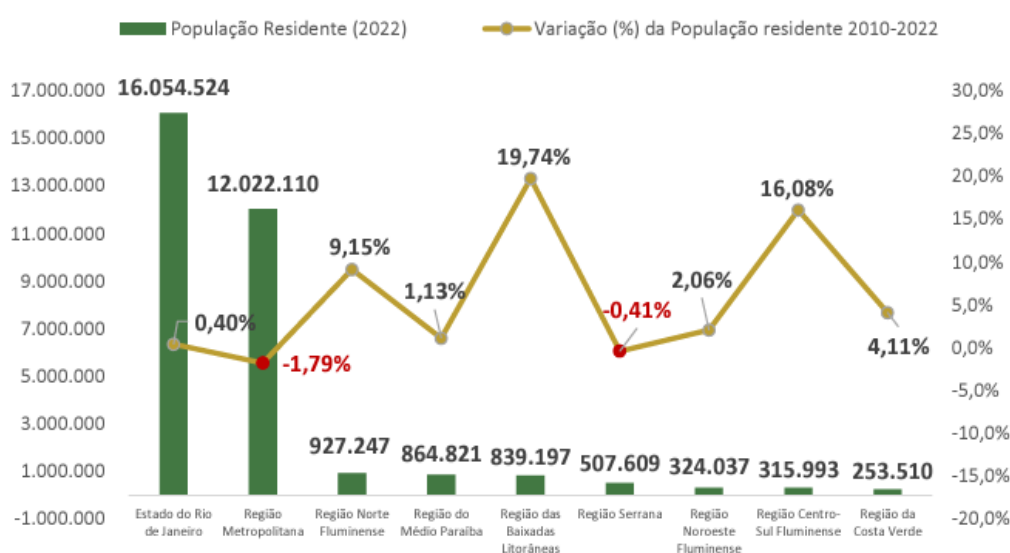
O Governo do Estado do Rio de Janeiro ou Poder Executivo do Estado do Rio de Janeiro é atualmente chefiado pelo governador Cláudio Bomfim de Castro e Silva advogado e político brasileiro, filiado ao Partido Liberal (PL) com mandato iniciado em 28/08/2020. Além do poder executivo, a administração do estado do Rio de Janeiro é composta pelo legislativo, representado pela Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, e o judiciário, representado pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. O Poder Executivo fluminense é composto pelas seguintes secretarias: (1) Secretaria De Estado Da Casa Civil, (2) Secretaria De Estado Da Mulher, (3) Secretaria De Estado Das Cidades, (4) Secretaria De Estado De Administração Penitenciária, (5) Secretaria De Estado De Agricultura, Pecuária, Pesca E Abastecimento, (6) Secretaria De Estado De Ciência, Tecnologia E Inovação, (7) Secretaria De Estado De Cultura E Economia Criativa, (8) Secretaria De Estado De Defesa Civil, (9) Secretaria De Estado De Defesa Do Consumidor, (10) Secretaria De Estado De Desenvolvimento Econômico, Indústria, Comércio E Serviços, (11) Secretaria De Estado De Desenvolvimento Social E Direitos Humanos, (12) Secretaria De Estado De Educação, (13) Secretaria De Estado De Energia E Economia Do Mar, (14) Secretaria De Estado De Esporte E Lazer, (15) Secretaria De Estado De Fazenda, (16) Secretaria De Estado De Governo, (17) Secretaria De Estado De Habitação De Interesse Social, (18) Secretaria De Estado De Infraestrutura E Obras

Públicas, (19) Secretaria De Estado De Planejamento E Gestão, (20) Secretaria De Estado De Polícia Civil, (21) Secretaria De Estado De Polícia Militar, (22) Secretaria De Estado De Saúde, (23) Secretaria De Estado De Segurança Pública, (24) Secretaria De Estado De Trabalho E Renda, (25) Secretaria De Estado De Transformação Digital, (26) Secretaria De Estado De Transporte E Mobilidade Urbana, (27) Secretaria De Estado De Turismo, (28) Secretaria De Estado Do Ambiente E Sustentabilidade, (29) Secretaria De Estado Do Gabinete Do Governador, (30) Secretaria De Estado Intergeracional De Juventude E Envelhecimento Saudável, e (31) Secretaria Extraordinária De Representação Do Governo Em Brasília.

O estado do Rio de Janeiro abriga 16 milhões de pessoas, de acordo com o Censo 2022 (IBGE, 2022). Se configura como o terceiro estado mais populoso do país (7,9%), atrás apenas de São Paulo (21,9%) e Minas Gerais (10,1%). O estado possui mais de 6 milhões de domicílios em todo seu território. Seu território corresponde a 4,73% da região Sudeste e a apenas 0,51% do território nacional, mas abriga 8,4% da população brasileira, resultando na maior densidade demográfica entre as unidades federadas – 366,97 habitantes por quilômetro quadrado – e na maior taxa de urbanização do país: 96,7% (IBGE, 2022). A cidade do Rio de Janeiro é a segunda capital estadual em termos populacionais, atrás apenas da capital paulista. No território, a população fluminense se distribui pelos 92 municípios em oito regiões de governo do estado, a saber: 1) Metropolitana, 2) Noroeste Fluminense, 3) Norte Fluminense, 4) Baixadas Litorâneas, 5) Serrana, 6) Centro-Sul Fluminense, 7) Médio Paraíba e 8) Costa Verde. Nota-se que o Plano Diretor de Regionalização dividiu o estado em nove ‘regiões de saúde’, utilizando basicamente as mesmas divisões político - administrativas, com algumas adaptações. A partir desta nova divisão, a região Metropolitana foi repartida em duas, onde o município do Rio de Janeiro integra a Metropolitana I - em conjunto com a Baixada Fluminense - e a Metropolitana II é composta por sete municípios, entre os quais Niterói e São Gonçalo. (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2000). Destacamos que tal distribuição populacional se caracteriza por uma histórica concentração espacial da população na Região Metropolitana (RMRJ) e, notadamente, na capital.

As regiões do Norte Fluminense e das Baixadas Litorâneas abrigam, respectivamente, 5,8% e 5,2% da população do estado, sendo a segunda e a terceira regiões mais populosas do estado, respectivamente. O Plano Plurianual 2024-2027 ressalta que houve uma mudança do padrão de distribuição da população fluminense ao se observar Censos Demográficos de 2010 e 2022, com uma queda de concentração na região metropolitana, conforme detalhado na Figura 1.

Figura 1 - População Residente no estado do Rio de Janeiro segundo região de governo (2022) e variação (%) populacional entre Censos (2010 - 2022)



Fonte: Lei nº 10.276/2024 - Plano Plurianual – PPA 2024-2027.

Quanto a população coberta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) no estado do Rio de Janeiro, os dados do Ministério da Saúde apontam a distribuição apresentada no quadro 1

Quadro 1 - Estimativa da população coberta pela ESF segundo Região de Saúde, Rio de Janeiro, dezembro, 2021

Região de Saúde	Estimativa da população coberta pela ESF	%
Total	7.854.840	
Baía da Ilha Grande	120.750	2
Baixada Litorânea	449.714	6
Centro-Sul	320.445	4
Médio Paraíba	623.782	8
Metropolitana I	3.967.500	51
Metropolitana II	1.262.678	16
Noroeste	301.861	4
Norte	341.759	4
Serrana	466.351	6

Fonte: Cobertura da atenção primária: Gestor Atenção Básica. Ministério da Saúde - MS Situação da base nacional em 04/04/2022, com dados até dezembro/2020 para Atenção Primária e Agentes Comunitários de Saúde e até dezembro/2021 para Saúde Bucal.

Segundo o Boletim IEPS Data nº 2 – Atenção Básica elaborado pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), o estado do Rio de Janeiro apresenta o pior desempenho de cobertura em todo o país refletindo os baixos percentuais da própria região Sudeste, região do país com o pior desempenho no indicador de Cobertura da Atenção Básica, alcançando apenas 69,3% da população (IEPS, Instituto de Estudos para a Política de Saúde, 2023).

O ERJ cria seu Sistema Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável (SISAN/RJ) - integrado pelo Conselho de Segurança Alimentar Nutricional do Estado do Rio de Janeiro (CONSEA/RJ) e Conferência Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável - no ano de 2009 por meio da Lei nº 5594, de 11 de dezembro de 2009 e institui a sua Câmara Intersecretarial para

Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan) por meio da publicação do decreto de número 43.398, de 05 de janeiro de 2012. O primeiro Plano Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável do ERJ (I PLESANS-RJ) é publicado no ano de 2023. Ressalta-se que as instâncias de SAN no ERJ seguiram no exercício de suas funções, mesmo após a extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional Nacional (CONSEA) no ano de 2019. O mapeamento da CAISANS-RJ no ano de 2022 mostrou que o ERJ tem doze municípios que possuem CAISANS (Belford Roxo, Campos dos Goytacazes, Cordeiro, Duque de Caxias, Magé, Maricá, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo, Três Rios e Volta Redonda) e vinte e oito municípios que possuem CONSEAs (Angra dos Reis, Arraial do Cabo, Belford Roxo, Campos dos Goytacazes, Cordeiro, Duque de Caxias, Itaboraí, Maricá, Mendes, Mesquita, Niterói, Nova Friburgo, Nova Iguaçu, Petrópolis, Piraí, Quatis, Queimados, Quissamã, Resende, Rio Claro, Rio de Janeiro, São Fidélis, São Gonçalo, São João de Meriti, São Pedro da Aldeia, Seropédica, Três Rios e Volta Redonda) formalizados em leis e/ou decretos (I PLESANS-RJ). Um estudo, I Inquérito Sobre Insegurança Alimentar no Município do Rio de Janeiro, feito por uma parceria entre: Universidade Federal do Rio de Janeiro; Câmara Municipal do Rio de Janeiro e a ONG Rio Contra a Fome e a Miséria de 2024, mapeou recentemente, na cidade do Rio de Janeiro, as principais políticas, programas, equipamentos e ações que estão sendo implementados que se relacionam com a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e do Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável (DHAA), iniciativa essencial para o fortalecimento e visibilização das ações para a concretização do SISAN no ERJ.

Quanto às dinâmicas territoriais que influenciam o acesso aos alimentos, principalmente os saudáveis, nos territórios, o estudo conduzido pela CAISAN sobre o mapeamento dos desertos alimentares (territórios nos quais há pouca oferta de alimentos saudáveis) no Brasil, demonstrou que quanto maior o porte das cidades, maior foi número de estabelecimentos de venda de ultraprocessados por habitante, ao passo que diminui a densidade de estabelecimentos de venda de in natura e mistos, como visto no Estudo Técnico: Mapeamento dos Desertos Alimentares no Brasil. Tais achados nos direcionam para os desafios de se pensar na multiplicidade de abordagens necessárias para o cuidado da obesidade em um território extenso e complexo como o ERJ.

1.3 Panorama da Obesidade

A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve a obesidade como um excesso de gordura corporal, classificada pelo IMC, em quantidade que determine prejuízos à saúde (WHO, 2021). O IMC é obtido por meio da relação entre o peso e a altura dos indivíduos calculando-se o peso em quilograma dividido pelo quadrado da altura em metro (kg/m^2). A partir do cálculo do IMC, o estado nutricional pode ser classificados como déficit de peso ($\text{IMC} < 18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$), excesso de peso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg}/\text{m}^2$), ou obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$). Em crianças de 0 a 5 anos incompletos utiliza-se como referência as curvas de crescimento infantil propostas pela OMS, onde a classificação de obesidade resulta de um valor acima do percentil 99,9 e do escore-z +3. Para crianças de 5 a 10 anos incompletos tem-se valores > Percentil 97 e < Percentil 99,9 ou > Escore-z +2 e < Escore-z +3 classificados como obesidade e valores > Percentil 99,9 > Escore-z +3 classificados como obesidade grave (BRASIL, 2011).

Para a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), a obesidade é um dos principais fatores de risco para uma série de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, bem como vários tipos de câncer. Por suas proporções epidêmicas em todas as faixas etárias, este agravo ganha crescente destaque na agenda pública global nas últimas décadas (DIAS et al., 2017).

Tem sido observado o aumento da prevalência global de obesidade de 11,8%, em 2012, para 13,1%, em 2016. Ao olhar para as regiões, na América Latina e Caribe, em 2016, adultos (≥ 18 anos) com obesidade somam 24,2% da população latino-americana, com proporção bem acima da média global (13,1%) (FAO et al., 2021b).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019), um estudo com representatividade nacional, aponta que, na população acima de 18 anos, há uma prevalência de excesso de peso de 57,5% e de obesidade de 21,8% em homens, já em mulheres as prevalências são de 62,6% e 29,5% respectivamente. E segundo dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), do Ministério da Saúde, no ano de

2022, a faixa etária de 0 a 19 anos apresentava uma prevalência de excesso de peso de 32% (INSTITUTO DESIDERATA, 2024).

O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), que avaliou crianças brasileiras menores de cinco anos em 123 municípios do país, indica que a prevalência de risco de sobrepeso nessa faixa etária foi de 18,3%, enquanto que o excesso de peso (que compreende a soma de sobrepeso e obesidade) apresenta prevalência de 10,1% no Brasil (UFRJ, 2022).

Segundo o Inquérito Telefônico de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis em Tempos de Pandemia (COVITEL), inquérito que busca contribuir no mapeamento de comportamento da população brasileira quanto aos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, no ano de 2023 demonstrou que a população da região Sudeste apresentava prevalências 55,3% de excesso de peso e de 21,5% de obesidade. O relatório do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) sobre os dados de estado nutricional da população do Estado do Rio de Janeiro, no quadro 2, demonstram tendências que dialogam com os achados nacionais.

Quadro 2 - Estado Nutricional de adultos acompanhados na APS por região no Estado do Rio de Janeiro, 2023

Região de Saúde	Sobrepeso		Obesidade Grau I		Obesidade Grau II		Obesidade Grau III		Total
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	
Baixada Litorânea	16506	32.38	11125	21.82	5054	9.91	2921	5.73	50978
Noroeste	10290	33.83	5902	19.4	2481	8.16	1493	4.91	30416
Metropolitana I	281812	30.99	187087	20.58	88622	9.75	73254	8.06	909236
Norte	13627	32.15	9569	22.58	4460	10.52	2682	6.33	42385
Médio Paraíba	32606	32.64	20945	20.97	9304	9.32	5457	5.46	99881
Metropolitana II	31976	32.44	22149	22.47	10247	10.4	6251	6.34	98559
Centro-Sul	10990	31.27	7835	22.29	3674	10.45	2236	6.36	35147
Baía da Ilha Grande	6867	32.8	4780	22.83	2100	10.03	1233	5.89	20939

Serrana	23147	32.41	15535	21.75	7075	9.91	4176	5.85	71422
Sudeste	427.821	31.48	284.927	20.97	133.017	9.79	99.703	7.34	1.358.963
Total região Sudeste	2.609.709	33	1.654.994	20.93	727.023	9.19	446.797	5.65	7.907.182
Total Brasil	8.540.635	34.46	5.110.668	20.62	2.041.736	8.24	1.087.431	4.39	24.781.526

Fonte:Ministério da Saúde © 2024. Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Dados do relatório Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2023 demonstram que o excesso de peso (compreende a soma de sobrepeso e obesidade) na cidade do Rio de Janeiro foi de 65,2%, sendo mais prevalente no sexo masculino (68,4%), ficando atrás apenas de Porto Alegre (68,8%) na comparação entre as capitais. Já as mulheres cariocas apresentam prevalência de 62,5% de excesso de peso. O quadro 3 apresenta o comportamento de consumo de alimentos ultraprocessados de adultos acompanhados pela APS no Estado do Rio Janeiro de acordo com o relatório do SISVAN.

Quadro 3 - Consumo de alimentos ultraprocessados de adultos acompanhados na APS por região no Estado do Rio de Janeiro, 2023.

Consumo de Alimentos Ultraprocessados			Total de Adultos Acompanhados
Região de Saúde	Total	%	
Baixada Litorânea	1908	69.74%	2.736
Noroeste	5390	76.3%	7.064
Metropolitana I	9247	84.06%	11.000

Norte	2604	76.21%	3.417
Médio Paraíba	15612	80.71%	19.343
Metropolitana II	6817	75.23%	9.062
Centro-Sul	8927	77.12%	11.576
Baia da Ilha Grande	57	81.43%	70
Serrana	7222	81.7%	8.840
Total Estado RJ	57784	79%	73.108
Total Região Sudeste	490999	75%	651.574
Total Brasil	1680510	71%	2.380.584

Fonte: Ministério da Saúde © 2024. Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Os dados evidenciam um alarmante cenário entre os adultos fluminenses acompanhados pela APS, sobre o consumo de alimentos ultraprocessados no dia anterior à consulta, com 84% dos respondentes residentes na região Metropolitana I afirmando sobre o consumo de tais alimentos.

Observa-se que as expressivas mudanças nos padrões alimentares, bem como o sedentarismo tem sido apontados como principais determinantes para este quadro epidemiológico (SCHMIDT et al., 2011). Neste sentido, produtos ultraprocessados tem apresentado participação crescente da dieta brasileira, evidenciada desde a década de 80 nas áreas metropolitanas e confirmada para todo o país na década de 2000 (LEVY et al., 2022).

Alimentos ultraprocessados, como definidos pela classificação NOVA, são formulações industriais de substâncias extraídas ou derivadas de alimentos, que contêm pouco ou nenhum alimento inteiro em sua composição e que são tipicamente adicionadas de flavorizantes, corantes, emulsificantes e outros aditivos que modificam

os atributos sensoriais do produto final. Os ingredientes e procedimentos utilizados na fabricação de alimentos ultraprocessados visam criar produtos de baixo custo, hiperpalatáveis e convenientes, com potencial para substituir alimentos in natura ou minimamente processados (BRASIL, 2014).

A classificação NOVA tem sido amplamente utilizada em diversas localidades para descrever e monitorar os padrões alimentares da população e avaliar o impacto do consumo de alimentos ultraprocessados na qualidade das dietas e nos desfechos em saúde (MONTEIRO et.al, 2018). No Brasil, o Guia Alimentar Para a População Brasileira foi pioneiro ao utilizar a classificação NOVA nas suas recomendações dando grande relevância para o tipo de processamento dos alimentos (LOUZADA et al., 2021). Tal fato se deve devido às diferenças nos processos de produção que influenciam no perfil final de nutrientes, gosto e sabor que esses alimentos agregam à alimentação, no consumo de outros alimentos em diferentes circunstâncias e quantidades e no impacto social e ambiental de sua produção (BRASIL, 2014).

Apesar da dieta da população brasileira ainda ser composta majoritariamente por alimentos in natura e minimamente processados e ingredientes culinários processados, observa-se participação dos produtos ultraprocessados em 19,7% das calorias nos anos de 2017-2018. Este valor representa um aumento de 1,02 em pontos percentuais (pp) quando comparado com os anos de 2008-2009, com incremento mais expressivo em homens, negros, indígenas, moradores de áreas rurais, naqueles com até 4 anos de estudo, no quinto mais baixo de renda e nas regiões Norte e Nordeste (LOUZADA et al., 2023).

É notável e crescente o volume de evidências que apontam que padrões alimentares baseados em produtos ultraprocessados estão associados à deterioração da saúde, podendo se manifestar em uma diversidade de desfechos negativos como obesidade, hipertensão, diabetes, câncer e até depressão (NUPENS, 2021). Tais desfechos podem levar a sobrecarga dos sistemas de saúde.

O elevado custo associado à obesidade e as demais condições crônicas relacionadas também é um dado alarmante. Estudo realizado por Bahia et al (2012) demonstra que entre 2008 e 2010, os custos do Sistema Único de Saúde (SUS) com o tratamento ambulatorial e hospitalar com doenças relacionadas à obesidade

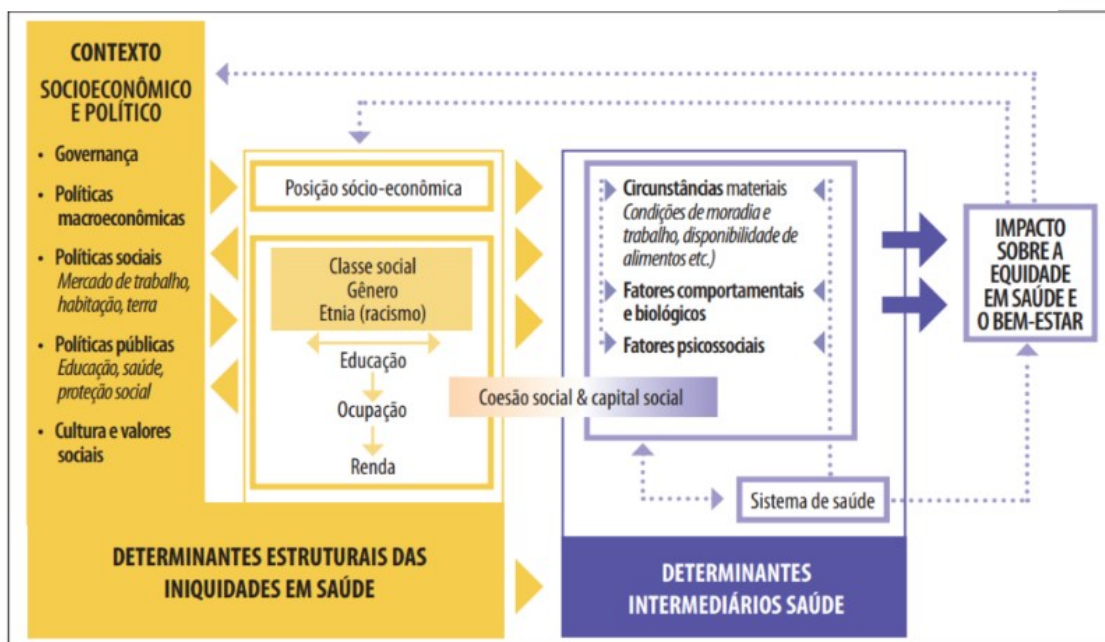
estavam em torno de US\$ 210. Nilson e colaboradores (2020) apontam que no ano de 2018 aproximadamente 16% do total de internações hospitalares no SUS foram por causas associadas a hipertensão arterial, ao diabetes e à obesidade, representando um custo total de R\$ 3,84 bilhões. Um estudo que avaliou a influência do excesso de peso e da obesidade sobre os gastos em saúde nos domicílios brasileiros, utilizando dados da POF de 2008-2009, concluiu que essas condições influenciam positivamente os gastos privados em saúde das famílias brasileiras que foram em média de R\$ 249,53 mensais, onde 23% eram destinado à aquisição de medicamentos e 55% ao pagamento de planos de saúde. O estudo aponta desigualdades regionais significativas com dispêndios em assistência à saúde mais elevados no Centro-sul do país na área urbana, nos domicílios mais ricos e com idosos em sua composição, já nos estratos de renda inferior, nas regiões Norte e Nordeste em área rural, observou-se que a compra de medicamentos representava a maior participação dos gastos em saúde, chegando a 50% destes gastos (CANELLA; NOVAES; LEVY, 2015).

Em um contexto mais contemporâneo, a obesidade é considerada um dos componentes da denominada Sindemia Global, conceito que considera as epidemias de obesidade, desnutrição e mudanças climáticas. Tais epidemias, além de coexistirem no tempo e lugar, interagem entre si por compartilharem determinantes e exercerem uma influência mútua em sua ocorrência e dupla carga de má nutrição para a sociedade, representando um dos principais desafios para os seres humanos, o meio ambiente e o planeta (SWINBURN et al., 2019). A dupla carga de má nutrição pode ser entendida como a simultaneidade de manifestação de desnutrição (deficiência de nutrientes, baixo peso e baixa estatura) e de excesso de peso (sobrepeso e obesidade) e doenças crônicas não transmissíveis em indivíduos, famílias, comunidades e nações, afetando especialmente países de baixa e média renda (POPKIN; CORVALAN; GRUMMER-STRAWN, 2020).

No contexto dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) - definidos pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (CNDSS, 2008) - há um consenso sobre a influência das inter-relações

entre os fatores listados nas condições de vida de indivíduos e grupos populacionais nos processos de saúde-doença. Na Figura 2 demonstra o resumo do quadro conceitual dos determinantes sociais de saúde, demonstrando seus fluxos e inter-relações.

Figura 2 - Marco conceitual dos determinantes sociais da saúde



Fonte: Solar e Irwin, 2010.

Considerando tal abordagem que ancora a multicausalidade da obesidade e sua interação com o contexto social, Rodrigues (2023) ressalta que ao se considerar aspectos raciais, de gênero/sexo e classe social, observa-se um impacto distinto deste agravo entre os indivíduos, em especial em países que apresentam profundas desigualdades e iniquidades como o Brasil. Em seu estudo a partir da análise de documentos governamentais publicados entre os anos de 2004 e 2021 objetivando, sob a ótica de uma perspectiva interseccional, uma análise crítica da narrativa das políticas públicas de saúde brasileiras no cuidado da obesidade, aponta que a interseccionalidade, mediada pelas categorias de gênero/sexo, raça/cor e classe social, foi identificada como um silêncio na narrativa das políticas públicas de saúde. Ressalta ainda a extrema importância da realização de tais análises a fim de contrapor as narrativas simplistas na elaboração e execução de políticas públicas de saúde para o cuidado das pessoas com obesidade.

Neste sentido, enquanto determinante social e político de saúde, a discriminação racial se apresenta como um fenômeno multidimensional e complexo e é definida da seguinte maneira segundo o Estatuto da Igualdade Racial:

toda distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha por objeto anular ou restringir o reconhecimento, gozo ou exercício, em igualdade de condições, de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro campo da vida pública ou privada; (Brasil, 2010)

Bonilla e Silva (2021) e Hicken e colaboradores (2018) caracterizam como um “sistema social racializado” baseado em práticas, mecanismos, valores, crenças e comportamentos que reproduzem a dominação racial num grupo social e dão privilégio e poder a um grupo dominante através de designações raciais.

Bernardo e colaboradores (2017) referem sobre uma documentação mais estabelecida a respeito dos impactos da discriminação racial interpessoal na saúde mental de indivíduos e apontam a necessidade de elucidação de tais efeitos na saúde física das pessoas. Em sua revisão sistemática da literatura concluem que há evidências de que a discriminação autorreferida pode desempenhar um papel importante em marcadores de adiposidade como as alterações de peso, índice de massa corporal e circunferência de cintura. Ressaltam que, enquanto fenômeno diário e prolongado, a discriminação racial interpessoal atua como estressor social, prejudicando a saúde das pessoas no desencadeamento de respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais e que, o acúmulo de tais experiências ao longo da vida leva ao surgimento de doenças crônicas não transmissíveis como a obesidade.

Soma-se a este entendimento uma corrente teórica advinda da epidemiologia social contemporânea denominada Teoria Ecosocial que traz consigo uma perspectiva de produção social da doença, ao mesmo tempo que busca trazer análises biológicas e ecológicas comparativamente ricas (Krieger, 2021). Dentre os constructos relevantes para esta teoria, temos o conceito de corporificação biológica

(embodiement) que se refere a incorporação biológica do mundo material e social que vivemos, desde a concepção até a morte. De tal forma, Krieger (2021) destaca:

Abraçando (grifos nossos) determinantes sociais ignorados pelas abordagens biomédicas, a abordagem ecossocial reformula assim as alegadas diferenças “raciais” na biologia (por exemplo, função renal, pressão sanguínea) como expressões biológicas mutáveis e incorporadas do racismo. Enfatizando a responsabilização, estende-se para além das explicações psicossociais centradas na “raiva” e na “hostilidade” até aos fenómenos sociais – neste caso, a discriminação interpessoal e institucional – que provocam estas respostas, mediadas por vias materiais (KRIEGER, 2021 p. 673).

Um estudo conduzido com dados de pessoas pretas e pardas participantes do ELSA-Brasil com vistas a investigar a relação entre a discriminação racial e a aceleração do ganho de peso e IMC, encontrou relatos mais frequentes de discriminação racial entre os pretos (32,1%) quando comparado aos pardos (6,3%), além de um ganho médio de peso de 1,4kg e 1,2kg, respectivamente. Os autores sugerem em seus achados que a redução da discriminação racial pode contribuir para a prevenção e/ou controle do aumento da obesidade no país (MACHADO et al, 2023). Em sua investigação sobre a prevalência e identificação de fatores associados à obesidade na população adulta brasileira com base nos dados coletados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do ano de 2013, Ferreira (2019) descreve que mulheres negras apresentaram maior chance de obesidade, quando comparadas às brancas. Silva e Cabrini (2017) ao conduzirem um estudo que buscou traçar o perfil biográfico da obesidade em mulheres brasileiras beneficiárias do programa de transferência de renda Bolsa Família relataram que 71,6% das mulheres com obesidade participantes do estudo eram negras e 50% eram as únicas responsáveis pela renda da família. Fanton e colaboradores (2024) ao analisar as associações diretas e indiretas da experiência de discriminação racial com padrões alimentares, obesidade e obesidade abdominal, onde a amostra era composta 75% de mulheres, concluem que uma maior experiência de discriminação racial está associada à obesidade e à obesidade abdominal, independentemente da dieta.

A partir de tais achados, que desvelam de forma cada vez mais contundente a relação entre os marcadores sociais e maior suscetibilidade à obesidade, fica evidente que políticas públicas de saúde que centralizem medidas de intervenção para os

problemas apontados são necessárias. Todavia é importante ressaltar que a políticas públicas que são construídas sem considerar os determinantes de saúde, tendem a operar na manutenção de uma série de desconexões com a realidade vivida pelas pessoas que se pretende alcançar (Rodrigues et al, 2023).

Mais recentemente têm-se discutido sobre a influência dos determinantes comerciais em diversos desfechos de saúde, dentre eles a obesidade. Segundo Kickbush e colaboradores (2016) o termo Determinantes Comerciais na Saúde (DCS) refere-se a “estratégias e abordagens utilizadas pelo setor privado para promover produtos e escolhas que são prejudiciais à saúde”. Dentre uma série de denominações propostas pela literatura há a descrição, segundo a World Obesity Federation, do termo “determinantes comerciais da obesidade”, o que enfatiza sua estreita relação com este agravo. Gilmore e colaboradores (2023) definem os determinantes comerciais de saúde como “os sistemas, as práticas e os caminhos através dos quais os agentes comerciais impulsionam a saúde humana e a equidade na saúde”. Numa visão confluyente entre os Determinantes Sociais de Saúde e os Determinantes Comerciais da Saúde, foi proposto o seguinte conceito (OPAS, 2020)

Os determinantes comerciais compõem uma das dimensões dos determinantes sociais da saúde, ligados às dinâmicas de mercados nacionais e transnacionais dirigidas, exercidas ou lideradas por corporações e seus aliados. A dimensão comercial pode comprometer a saúde e o meio ambiente quando as práticas corporativas ou interesses comerciais buscam depreciar políticas públicas eficazes para maximizar lucros e vantagens comerciais. A dinâmica dessa dimensão comercial pode aprofundar as iniquidades sociais (iniquidade de renda, poder e recursos), fragilizando governos e Estados e sua capacidade institucional de implementar políticas efetivas.

Sendo assim, fica evidenciada a necessidade de se considerar as dinâmicas comerciais e sua contribuição na agenda de enfrentamento das condições crônicas não transmissíveis, uma vez que as indústrias de produtos não- saudáveis apresentam elevado poder econômico que lhes permite influenciar políticas, pesquisas e práticas de saúde pública (OPAS, 2020).

Achados do II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 (II VIGISAN) no Brasil apontam que, no período entre o final de 2021 e início de 2022, pouco mais de 40% dos domicílios brasileiros possuíam

garantia plena de acesso aos alimentos, a segurança alimentar (SA), e que havia um percentual de 28% dos lares brasileiros com a experiência de insegurança alimentar (IA) leve. Tais dados, obtidos a partir da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), confluem na constatação da gravidade do quadro de pobreza e suas consequências sinérgicas considerando as várias crises em curso no Brasil. A escala mensura a Segurança Alimentar e Nutricional considerando a percepção e vivência de acesso aos alimentos pelos domiciliados, segundo o IBGE:

A condição de Segurança Alimentar (SA) reflete o pleno acesso dos moradores dos domicílios aos alimentos, tanto em quantidade suficiente como em qualidade adequada, de tal modo que a pessoa entrevistada sequer relata preocupação ou iminência de sofrer qualquer restrição alimentar no futuro próximo. Já na Insegurança Alimentar Leve (IA leve) há preocupação com o acesso aos alimentos no futuro e já se verifica comprometimento da qualidade da alimentação, ou os adultos da família assumem estratégias para manter uma quantidade mínima de alimentos disponível aos seus integrantes. Nos domicílios com Insegurança Alimentar Moderada (IA moderada), os moradores, em especial os adultos, passaram a conviver com restrição quantitativa de alimentos no período de referência. O nível de Insegurança Alimentar Grave (IA grave) significa que houve ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre todos os moradores, incluindo, quando presentes, as crianças. (IBGE, 2020).

A partir desta definição, observamos que a insegurança alimentar (IA) se caracteriza desde o acesso comprometido a alimentos em qualidade e quantidade suficientes, passando pela irregularidade de sua oferta até a fome. Desta forma há que se considerar que tanto o excesso de peso, quanto a desnutrição, se caracterizam como expressões da IA. Silva (2022) em estudo conduzido em Salvador que buscou analisar a insegurança alimentar domiciliar sob o olhar da interseccionalidade concluiu que domicílios chefiados por mulheres negras apresentaram maior chance de insegurança alimentar leve (OR = 1,39; IC95%: 1,15-1,68; p = 0,001) e moderada ou grave (OR = 1,94; IC95%: 1,49-2,52; p < 0,001) quando comparados aos domicílios chefiados por homens brancos, além de maior chance de insegurança alimentar moderada ou grave em todos os níveis de escolaridade e nas faixas de até 1/2 salário mínimo e > 1 salário mínimo.

Considerando as elevadas prevalências de obesidade em todos os países e grupos populacionais, além de sua complexa manifestação nas populações, fica

evidente a necessidade de ampliação das abordagens de entendimento e de ações para reversão deste agravo. Além disso, as “escolhas alimentares” são direcionadas não apenas pelo comportamento dos indivíduos, mas também pelo sistema alimentar a qual ele está inserido. De tal modo, ações sistêmicas, que também incidam sobre os ambientes alimentares, se mostram essenciais.

1.4 Ambientes Alimentares

O ambiente alimentar refere-se ao contexto físico, econômico, político e sociocultural em que os consumidores se relacionam com o sistema alimentar para tomar suas decisões sobre aquisição, preparo e consumo de alimentos (HLPE, 2017). As condições apresentadas pelos ambientes alimentares criam estímulos cotidianos que implicam modulação nas preferências e escolhas alimentares das pessoas, assim como em seu estado nutricional (HAWKES et al., 2015).

O debate sobre a abordagem ambiental da obesidade emerge no fim dos anos 1990, quando Egger e Swinburn discutem sobre a necessidade de mudança da visão tradicional da obesidade como uma questão que requer tratamento individual e deslocam para uma abordagem ecológica, que considera a obesidade como uma resposta normal a um ambiente anormal (MENDES et al., 2022). O ambiente pode, portanto, prevenir ou potencializar o desenvolvimento da obesidade dependendo dos elementos físicos que o constituem e das regras socioculturais que o governam. O termo ambiente obesogênico se refere ao conjunto de condições ambientais que influenciam populações a adotarem estilos de vida que promovam a obesidade (SWINBURN; EGGER; RAZA, 1999).

Os governos devem assumir a responsabilidade primária no desenvolvimento de políticas promotoras de ambientes alimentares equitativos, seguros, saudáveis e sustentáveis, a fim de prevenir e controlar a obesidade e as DCNT relacionadas à alimentação (WHO, 2014). A indicação deste compromisso governamental aparece de forma explícita na publicação, em 2004, da Estratégia Global sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, que convida nações à definição de metas, objetivos, calendário e medidas destinadas à preservação e promoção dos alimentos

tradicionais e da atividade física. A Estratégia representa um marco no entendimento do enfrentamento da obesidade ao deslocar o discurso hegemônico até então difundido sobre a necessidade de apenas informar e educar os indivíduos e convocando governos nacionais para a execução de políticas públicas e ações intersetoriais que estimulem, apoiem e protejam padrões saudáveis de alimentação e de atividade física. Para tal, exemplifica ações como a adoção de medidas fiscais que tornem os alimentos saudáveis mais acessíveis, a proposição de normas que limitem a publicidade de alimentos não saudáveis e enuncia a importância de intervenções no planejamento urbano que possibilitem a prática cotidiana de atividade física. Elenca como atores essenciais no processo todos os grupos sociais e econômicos, particularmente associações científicas, profissionais, organizações não governamentais, voluntárias, do setor privado, da sociedade civil e industrial na consecução de suas metas e objetivos (WHO, 2004).

Estudos são conclusivos ao apontar que os ambientes alimentares influenciaram o aumento da epidemia de obesidade e que as intervenções ambientais e pela via de políticas públicas são as estratégias mais promissoras para a melhoria da saúde de toda a população (SWINBURN, 2019; CORRÊA; SCHMITZ; VASCONCELOS, 2015). Ambientes alimentares não saudáveis são responsáveis pela manutenção de padrões de alimentação não saudável ao oportunizarem acesso a alimentos baratos, altamente palatáveis, fortemente promovidos por meio de marketing, ricos em energia e pobres em nutrientes, características inerentes aos produtos ultraprocessados (SWINBURN et al., 2013).

Deste modo, salienta-se que, apesar de ações individuais serem relevantes para a prevenção da obesidade, esta condição não deve ser vista como resultado de escolhas voluntárias de estilo de vida ou de responsabilidade somente das famílias. Sua prevenção é influenciada pela interseção de fatores biológicos, contextuais e ambientais que demandam ações governamentais e políticas públicas intersetoriais que proporcionem ambientes promotores de saúde. Nestes, devem ser incentivadas, apoiadas e protegidas aquelas práticas necessárias à manutenção da saúde das pessoas, como alimentação saudável e prática de atividades físicas (SWINBURN, 2019; CORRÊA; SCHMITZ; VASCONCELOS, 2015).

Segundo Mendes (2021), observa-se no contexto brasileiro a incorporação da

abordagem dos ambientes alimentares em políticas públicas a partir da segunda edição da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), publicada em 2012. O momento de revisão desta política foi marcado por uma expressiva mudança no cenário epidemiológico, econômico, social e nutricional do Brasil em relação à sua primeira edição, com ênfase nas elevadas prevalências de obesidade e na substancial piora da qualidade da alimentação nos centros urbanos.

Assim, discutir e agir sobre os ambientes alimentares é fundamental para a promoção de hábitos e práticas mais saudáveis, bem como para a prevenção da obesidade.

Os ambientes precisam ser espaços saudáveis para a proteção e manutenção da saúde das populações, de modo a favorecer melhores escolhas alimentares que, conseqüentemente, são capazes de reduzir a ocorrência de todas as formas de má nutrição. Por sua forte influência nas escolhas alimentares, os ambientes alimentares podem e devem ser alvo de regulação do Estado de modo que contribuam na prevenção da obesidade e DCNT e no incentivo à saúde das populações.

1.5 Políticas Públicas de alimentação e nutrição voltadas a prevenção e controle da obesidade no Brasil

No Brasil, o debate sobre a obesidade tornou-se fortemente presente nas políticas públicas sendo o Ministério da Saúde o principal proponente de ações, seguindo a tendência internacional (DIAS et al., 2017). A publicação pelo Ministério da Saúde da PNAN em 1999 que traz como seu propósito a promoção de práticas alimentares saudáveis, a prevenção e o controle de distúrbios nutricionais, a garantia da qualidade dos alimentos e estímulo a ações intersetoriais que viabilizassem o acesso universal a estes, apontava a obesidade como um dos problemas de maior relevância no cenário nacional. Em 2012, a versão atualizada da PNAN apresenta de forma mais definida o assunto por meio da inserção da temática no eixo de diretrizes referentes à organização da atenção nutricional, apresentando a prevenção e o controle do excesso de peso e obesidade como ações a serem desenvolvidas (SANTOS et al., 2021).

Em relação às políticas e estratégias propostas com o objetivo de incidir sobre as DCNT e seus fatores de risco e voltadas a criação de ambientes propícios à adoção e manutenção de práticas mais saudáveis, destacam-se o Plano de Ação Estratégica para o Enfrentamento das DCNT (2011-2022), lançado em 2011, pelo Governo Federal caracterizando a obesidade como doença e fator de risco para DCNT. O plano fundamenta-se em diretrizes e ações intersetoriais nos seguintes eixos: a) vigilância, informação e monitoramento; b) promoção da saúde e c) cuidado integral (BRASIL, 2011a). Em 2021 o plano foi atualizado e denomina-se Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis 2021-2030 (Plano de DANT) sob a responsabilidade do Ministério da Saúde com os eixos de ação: a) promoção da saúde, b) atenção integral à saúde e c) vigilância em saúde e prevenção das DANT à saúde (BRASIL, 2021).

O Plano de DANT apresenta-se como diretriz para a prevenção dos fatores de risco das DANT e para a promoção da saúde da população com vistas a superar desigualdades em saúde. Dentre suas finalidades estão a criação e o fortalecimento de políticas e programas intersetoriais, a estratégia de organização de serviços de saúde em rede, a construção de governança de processos, a produção de informações direcionadas à tomada de decisão baseada em evidências, o controle social e a inovação na gestão, na pesquisa e nos serviços de saúde (BRASIL, 2021).

Em 2014 é lançada pela Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan) a Estratégia Intersectorial de Prevenção e Controle da Obesidade (Estratégia Obesidade). Vale ressaltar que a publicação da Estratégia foi um dos produtos de um comitê, instituído em 2011, composto pela Caisan, Consea e OPAS para a discussão de ações de prevenção e controle da obesidade e que atende a uma das metas prioritárias da 5ª diretriz do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN) (CAISAN, 2011).

A Estratégia Obesidade é organizada em seis eixos de ação, a saber: a) disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis; b) ações de educação, comunicação e informação, c) promoção de modos de vida saudáveis em ambientes específicos, d) vigilância alimentar e nutricional, e) atenção integral à saúde do indivíduo com sobrepeso/obesidade na rede de saúde e f) regulação e controle da inocuidade de alimentos (BRASIL, 2014b).

Enquanto instrumento balizador para o planejamento, monitoramento e avaliação das políticas e programas do Ministério da Saúde há o Plano Nacional de Saúde (Plano), que explicita os compromissos do governo e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população. O Plano elenca as políticas e os compromissos de médio prazo e tem vigência de quatro anos. Sua versão atual, compreendendo o período de 2020 a 2023, estabelece como um de seus objetivos a ampliação para 5% da proporção de atendimentos individuais por problema ou condição avaliada "obesidade" na Atenção Primária à Saúde (APS). A inclusão desta meta no Objetivo 01 do Plano tem como premissa subsidiar oferta de cuidado oportuno e qualificado aos indivíduos com obesidade e representa o compromisso da APS no enfrentamento desta condição no país (BRASIL, 2020).

Considerando as metas e compromisso estabelecidos nos instrumentos legais do PLANSAN, Plano de DANT e Estratégia Obesidade e atento à necessidade de fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), o Ministério da Saúde (MS) lança em 2013 a Portaria nº 424 que institui diretrizes para a organização do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da RAS das pessoas com doenças crônicas atendidas pelo SUS. Concomitantemente, a publicação da Portaria nº 425/2013 regulamenta, no nível da atenção hospitalar, os critérios para assistência de alta complexidade à pessoa com obesidade, com o custeio da cirurgia bariátrica pelo MS (referenciar portarias).

Na dimensão das ações voltadas à atenção a obesidade em crianças e adolescentes, em 2014 o Brasil, em conjunto com outros países da América Latina, assinou o Plano de Ação para a Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes, com duração de cinco anos, que apresentava as seguintes propostas de linhas de ações estratégicas: a) atenção primária à saúde e promoção de aleitamento materno e alimentação saudável; b) melhoria de ambientes de nutrição e de atividade física escolar; c) políticas fiscais e regulamentação do marketing e rotulagem de alimentos; d) outras ações multissetoriais, e) vigilância, pesquisa e avaliação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). No ano de 2020 foi publicado o relatório final do Plano de ação para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes que apontou que, ao fim do período de avaliação, o excesso de peso permaneceu em grande medida inalterado em crianças menores de cinco anos com

7,1% em 2014 e 7,3%, além de registrar aumento de 32,6% em 2014 para 33,6% em 2019 (WHO, 2020)

Em 2017 há o lançamento do Programa Crescer Saudável que busca, no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), a implementação de ações com objetivo de contribuir para o enfrentamento da obesidade infantil no país para crianças matriculadas na Educação Infantil (creches e pré-escolas) e Ensino Fundamental I. A coordenação da agenda é realizada pelo setor saúde com destaque à ação intersetorial com a Educação em iniciativas que englobam a oferta de cuidados para crianças que apresentem obesidade nos âmbitos da vigilância nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável e incentivo às práticas corporais e de atividade física. Todos os municípios aderentes ao PSE, dentro da vigência estabelecida pela portaria, são elegíveis à participação no Programa Crescer Saudável mediante o compromisso de realizar as ações e metas descritas no quadro 4 (BRASIL, 2019b).

Quadro 4 - Ações e metas do Programa Crescer Saudável

Ação	Meta
1. Avaliar o estado nutricional (peso e altura) das crianças menores de 10 anos* ;	1. Estado nutricional de todas as crianças da educação infantil (creches e pré-escolas) e ensino fundamental I de escolas do PSE do ciclo 2019/2020 avaliados;
2. Ofertar atividades coletivas de promoção da alimentação adequada e saudável para as crianças matriculadas na Educação Infantil e Ensino Fundamental I nas escolas que participam do PSE no seu município;	2. Mínimo 4 atividades coletivas na temática de promoção da alimentação adequada e saudável, por escola incluída no programa, no primeiro ano do ciclo;
3. Ofertar atividades coletivas de promoção das práticas corporais e atividades físicas para as crianças matriculadas na Educação Infantil e Ensino Fundamental I nas escolas que participam do PSE no seu município;	3. Mínimo 4 atividades coletivas de promoção das práticas corporais e atividades físicas ² , por escola incluída no programa, no primeiro ano do ciclo;
4. Atender as crianças identificadas com obesidade por meio de intervenção e cuidado na rede de atenção primária à	4. Atendimento individual para crianças da Educação Infantil e Ensino Fundamental I identificadas com

saúde do município.	obesidade realizado.
---------------------	----------------------

Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/instrutivo_crescer_saudavel_2019_2020.pdf.

Instituída pela Portaria GM/MS nº 1.862, de 10 de agosto de 2021, a Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA) busca deter o avanço da obesidade infantil e contribuir para o cuidado e melhoria da saúde e da nutrição das crianças, trazendo as ações intersetoriais como um eixo central de suas diretrizes. A iniciativa se apresenta como uma importante convocação a gestores, profissionais de saúde, sociedade civil e parceiros no reconhecimento da obesidade infantil como um problema prioritário de saúde pública. O quadro 5 lista o conjunto de ações recomendadas para serem desenvolvidas pelos municípios de todos os entes federados.

Quadro 5 - Ações recomendadas pela Estratégia PROTEJA

P	Primeiro Contato	Garantir que a Atenção Primária à Saúde (APS) seja o principal lócus de monitoramento do estado nutricional, de promoção da saúde, de prevenção do ganho de peso excessivo, de diagnóstico precoce e de cuidado adequado às crianças, aos adolescentes e às gestantes.
R	Responsabilização	Responsabilizar-se e envolver diversos parceiros na prevenção da obesidade infantil.
O	Organização	Organizar e implementar ações efetivas em seu município para prevenir a obesidade infantil.
T	Transformação	Realizar ações inovadoras de incentivo à alimentação saudável e à prática da atividade física voltadas a indivíduos e comunidades.
E	Educação	Organizar processos de educação permanente para qualificação de profissionais do SUS, da educação e da assistência social e gestores na prevenção da obesidade infantil.
J	Janela de Oportunidade	Comunicar, investindo em ações de comunicação, para prevenir a obesidade infantil.

A	Ambientes	Proteger os espaços frequentados pelas crianças e pelos adolescentes, por meio de ambientes promotores da alimentação adequada e saudável e da atividade física.
----------	-----------	--

Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orienta_proteja.pdf

Seus eixos de ação são: a) Vigilância alimentar e nutricional, promoção da saúde e de prevenção do ganho excessivo de peso, diagnóstico precoce e cuidado adequado às crianças, adolescentes e gestantes, no âmbito da Atenção Primária da Saúde; b) Promoção da saúde nas escolas para torná-las espaços que promovam o consumo de alimentos adequados e saudáveis e a prática regular de atividade física; c) Educação, comunicação e informação para promover a alimentação saudável e a prática de atividade física para toda a população brasileira; d) Formação e educação permanente dos profissionais envolvidos no cuidado às crianças; e e) Articulações intersetoriais e de caráter comunitário que promovam ambientes saudáveis e apoiem a alimentação saudável e a prática de atividade física no âmbito das cidades . A Estratégia ainda apresenta aos municípios uma lista de ações essenciais e complementares a serem desenvolvidas. Entendendo-se como essenciais aquelas que já são realizadas na rotina de trabalho das equipes da APS com outros setores parceiros na agenda de alimentação, nutrição e atividade física e, trazendo uma lista pré-estabelecida de ações complementares, onde pelo menos cinco delas deverão ser desenvolvidas, que poderão ser realizadas pelos municípios (BRASIL, 2021d).

Na implementação do PROTEJA foram priorizados um conjunto de municípios para adesão, com o repasse de incentivo financeiro baseado nos seguintes critérios: a) porte populacional menor de 30 (trinta) mil habitantes, segundo projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2020; b) valor maior ou igual a 15% (quinze por cento) de prevalência de excesso de peso em crianças menores de 10 (dez) anos, no ano de 2019, segundo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan); c) valor maior ou igual a 50% (cinquenta por cento) de cobertura de avaliação do estado nutricional em crianças menores de 10 (dez) anos, no ano de 2019, segundo Sisvan; e d) - registro de avaliação de marcadores de consumo alimentar em crianças menores de 10 (dez) anos, no Sisvan, no ano de 2019. No ano

de 2021, 1.320 municípios concluíram a adesão à Estratégia, conforme os critérios dispostos na Portaria, fazendo jus ao recebimento do incentivo financeiro. A Estratégia Proteja apresenta e recomenda importantes medidas para a consecução das ações de apoio e promoção da alimentação adequada e saudável.

1.6 Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

A compreensão sobre o papel de padrões alimentares não saudáveis - com destaque para a progressiva e rápida substituição de consumo de alimentos básicos tradicionais da dieta do brasileiro, como arroz e feijão, por ultraprocessados - é fundamental para a prevenção e cuidado das condições crônicas de saúde e, sobretudo da obesidade. Neste sentido, a alimentação adequada e saudável se apresenta de forma transversal a diversas políticas e programas nacionais, sendo definida como:

[...] a prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Ou seja, deve estar em acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos (BRASIL, 2013 p.31).

Inserida em um dos eixos estratégicos da PNAN, compondo sua segunda diretriz, a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) busca, por meio de políticas intersetoriais, a melhora da qualidade de vida da população com ações voltadas às coletividades, indivíduos e ambientes (físico, social, político, econômico e cultural). Tais ações buscam contribuir para a redução da prevalência de excesso de peso e outras condições relacionadas à alimentação e nutrição. Podem ser elencadas em ações de incentivo, apoio e proteção objetivando respectivamente o estímulo à práticas alimentares saudáveis por meio de informação e estratégias de informação, facilitação de oferta de opções alimentares mais saudáveis e não exposição das populações a fatores que dificultem as escolhas alimentares ou mesmo a adoção de

comportamentos saudáveis. Estratégias de cunho regulatório são exemplos de ações de proteção, como a promoção de rotulagem mais clara e informativa, o incentivo à criação de ambientes institucionais, como escolas ou hospitais, que promovam uma alimentação adequada e saudável, bem como a melhoria do perfil nutricional dos alimentos (BRASIL, 2013a). Por seu caráter intersetorial a PAAS está presente na agenda de diversos setores como a educação, por meio do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), saúde por meio da PNAN e Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), trabalho por meio Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) e segurança alimentar e nutricional por meio dos equipamentos de alimentação (JAIME; RAUBER, 2019 p.76).

Elenca-se ainda como estratégias de PAAS aquelas que promovam uma alimentação adequada e saudável nos primeiros anos de vida, estimulando o aleitamento exclusivo até os seis meses e continuado até o segundo ano de vida ou mais (BRASIL, 2013) a exemplo da Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) lançada em 2012, com o objetivo de qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica. O processo de implantação da Estratégia conta com a formação de facilitadores pelo Ministério da Saúde, que, por sua vez, apoiam a formação de tutores nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Os tutores tem a função de realizar oficinas de trabalho nas unidades de saúde e de acompanhar trimestralmente o processo de implantação promovendo atividades de incentivo ao aleitamento materno que permitam que as equipes reflitam sobre seu processo de trabalho (MACHADO et al., 2021). Estudo realizado por Venâncio e colaboradores no ano de 2013 com vistas a avaliar o grau de implementação da Estratégia apontou que a promoção do aleitamento materno não está plenamente implantada no âmbito da atenção básica, reforçando a necessidade de seu fortalecimento. Achados de uma revisão narrativa da literatura apontam resultados contraditórios ao demonstrar que algumas pesquisas indicam melhora dos índices de aleitamento materno, enquanto outras não encontraram aumento desta prevalência em unidades que aderiram à EAAB (MACHADO et al. 2021).

Instrumentos de ações necessárias ao êxito da PAAS, os guias alimentares e de atividade física são importantes direcionadores para a construção de políticas

públicas.

1.7 Guias Alimentares e promoção da atividade física

Os guias alimentares se apresentam como diretrizes oficiais para a promoção da alimentação adequada e saudável e podem se configurar como importantes ferramentas para a prevenção da obesidade. Publicações como o Guia Alimentar para a População Brasileira, em sua versão atualizada em 2014, e o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois, anos, revisado em 2019, são documentos oficiais importantes uma vez que apresentam recomendações e diretrizes sobre alimentação saudável com o objetivo de melhorar os padrões de consumo alimentar e promover a saúde das populações (BORTOLINI et al., 2019). Guias alimentares são instrumentos que podem fomentar a elaboração de políticas públicas de alimentação e nutrição bem como alicerçar as ações de educação alimentar e nutricional. Têm-se discutido em âmbito internacional a necessidade de atualização dos guias alimentares de modo que eles contemplem os debates sobre os impactos do sistema alimentar na saúde e no meio ambiente buscando a promoção de dietas saudáveis e sustentáveis (NUPENS, 2021). Segundo a FAO, guias alimentares são potencialmente reorientadores do sistema alimentar quando fornecem recomendações alimentares de ação tripla direcionadas ao controle da obesidade, superação da desnutrição, e, idealmente, ainda considerando o incentivo à sustentabilidade ambiental (FAO, 2019).

O Guia de Atividade Física para a População Brasileira, lançado pelo Ministério da Saúde em 2021, é um documento direcionado à promoção da saúde por meio da atividade física (BRASIL, 2021b). Se mostra como um importante orientador para profissionais e gestores para o cuidado e promoção da saúde nos distintos ciclos de vida, com enfoque expressivo a crianças e adolescentes ao trazer a Educação Física Escolar como destaque. A crescente prevalência de obesidade, especialmente em crianças e adolescentes, também está relacionada com a redução da prática regular de atividade física e aumento de comportamento sedentário caracterizado por horas excessivas em frente a telas, como assistir televisão (TV), jogar videogame e usar computador (VASCONCELOS, 2021). Dados da Vigitel (2021), que avalia atividades físicas praticadas em quatro domínios (no tempo livre ou lazer, na atividade

ocupacional, no deslocamento e no âmbito das atividades domésticas), demonstram que a frequência de adultos (≥ 18 anos) que praticam atividade física no tempo livre equivalente a pelo menos 150 minutos de atividade física moderada por semana - conforme recomendação da OMS - foi de 33,3% no Rio de Janeiro, sendo menor entre as mulheres (24,2%) em comparação com os homens (44%).

Frente a tais dados, a publicação do Guia se mostra como uma importante ação indutora a práticas que incidam sobre o cenário atual de modo a, por meio de ações intersetoriais, aumentar os níveis de atividade física dos brasileiros.

No âmbito da promoção à saúde por meio da atividade física, e integrante de umas das principais estratégias governamentais presentes no Plano de DANT, o Programa Academia da Saúde (PAS), lançado em 2011, se destaca como uma estratégia de produção de cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos, conhecidos como pólos, onde são ofertadas práticas de atividades físicas para a população. Tais pólos são integrantes da rede de Atenção Primária à Saúde e são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados incorporando atividades para a garantia de um cuidado integral com vistas ao enfrentamento das DCNT em articulação com outros programas e ações de saúde como a Estratégia Saúde da Família, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e a Vigilância em Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Atualmente há aproximadamente 1.600 pólos credenciados ao recebimento do custeio pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018).

1.8 Controle e regulação dos alimentos

A PNAN em sua sétima diretriz, que dispõe sobre o controle e regulação de alimentos, elenca uma série de ações que necessitam de coordenação e integração com vistas desde à garantia da inocuidade e qualidade nutricional de alimentos, passando por monitoramento de sua publicidade e propaganda até a rotulagem nutricional enquanto instrumento no aperfeiçoamento do direito à informação (BRAS, 2013). Consideradas como ações mais eficazes em saúde pública, por serem geralmente direcionadas a toda população, as medidas regulatórias são fundamentais

para a consecução de um sistema alimentar que propicie e estimule escolhas saudáveis (JAIME e RAUBER, 2024 p.131). Tais medidas são preconizadas pela PNAN tanto como uma estratégia de proteção à saúde da população como de PAAS e observa-se que, embora haja o avanço de uma série de ações de PAAS no Brasil, as medidas regulatórias progredem mais lentamente (PEREIRA et al., 2021).

Instituída pela Lei nº 11.265 de 3 de janeiro de 2006, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) se configura como um conjunto de normas que regulam a promoção comercial e a rotulagem de alimentos e produtos destinados a recém-nascidos e crianças de até três anos como leites, papinhas, chupetas e mamadeiras de modo que não afetem a amamentação. A NBCAL teve sua primeira versão publicada como Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 1988, baseada no Código Internacional de Mercadização de Substitutos do Leite Materno recomendado pela OMS em 1979, e foi revista posteriormente nos anos de 1992 e 2002. Sua regulamentação foi oficializada por Decreto Presidencial no ano de 2015. A NBCAL é um importante instrumento de proteção tanto às práticas de aleitamento materno como àquelas relacionadas ao marketing abusivo direcionado ao público infantil ao vedar, por exemplo, o uso de denominações ou frases com o intuito de sugerir forte semelhança do produto com o leite materno, como “leite humanizado”, “leite maternizado”, “substituto do leite materno”, bem como garantir qualidade às informações de produtos como fórmulas infantis e de segmentos para lactentes e crianças na primeira infância, alimentos de transição e à base de cereais bem como fórmula de nutrientes indicada para recém-nascido de alto risco (BRASIL, 2015). Embora vigente há mais de 30 anos, os monitoramentos das infrações à norma evidenciam um cenário de descumprimento dela. Boccolini e colaboradores (2021) apontam que fatores como conflitos de interesse empresariais no país e a falta de implementação de fiscalização sistemática da NBCAL, além do baixo grau de conhecimento da norma por gerentes de estabelecimentos comerciais, profissionais de saúde e mães geram um ambiente conveniente para seu descumprimento e consequente exposição das famílias ao marketing abusivo de tais produtos e alimentos infantis.

A PNAN reconhece a rotulagem nutricional como uma medida regulatória

fundamental para a promoção da PAAS (PNAN, 2012). A rotulagem nutricional contribui para a garantia do direito à informação clara e adequada sobre a composição e os riscos dos alimentos, de acordo com a previsão do Código de Defesa do Consumidor (PEREIRA, 2021). Se constituindo como uma ferramenta útil para orientação dos consumidores em melhores escolhas alimentares, a rotulagem adequada de alimentos e bebidas é uma medida ambiental para a redução do excesso de peso e melhoria do consumo alimentar, uma vez que pode induzir a diminuição do consumo de produtos ultraprocessados (WHO, 2014; OPAS, 2015). No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é o órgão responsável pela regulação da rotulagem de alimentos industrializados e está vinculada ao Ministério da Saúde, ainda que possua independência administrativa, tornando-a sujeita às disposições das políticas de saúde (JAIME, 2024 p. 164). No ano de 2013 foi iniciado um processo que culminou, em outubro de 2022, na vigência de novas regras para a rotulagem de alimentos no Brasil com mudanças tanto na tabela de informação quanto nas alegações nutricionais, com destaque para a adoção da rotulagem nutricional frontal em formato de lupa. Todo o processo regulatório foi liderado pela ANVISA e permeado por disputas protagonizadas pelo setor regulado com uso de atividade política corporativa (ACP) definida por Mialon (2021) como a tentativa de influenciar as políticas públicas de saúde compreendidas em cinco estratégias principais, a saber: gestão de coalizão; gestão de informação; envolvimento direto e influência nas políticas; estratégias legais e estratégias discursivas. No ano de 2014 houve a instituição de um grupo de trabalho (GT) sobre a temática da rotulagem onde foram apresentados três modelos de advertência propostos pelo governo, sociedade civil e indústria de alimentos. Sucedeu-se debate em um painel técnico sobre as propostas apresentadas e as evidências disponíveis que avaliavam o desempenho destas, e em setembro de 2019, após uma série de interferências do setor regulado, a ANVISA publicou o Relatório Final de Análise de Impacto Regulatório sobre Rotulagem Nutricional que indicava a adoção do modelo retangular preto com lupa “alto em” (PEREIRA, 2021). Estudo conduzido por Borges e colaboradores (2022) com o objetivo de examinar e comparar diferentes modelos de perfil nutricional da América Latina em sua capacidade de identificar alimentos e bebidas ultraprocessados direcionados a crianças como ricos em nutrientes associados ao risco de DCNT demonstrou que, em comparação com os modelos da OPAS e do México, aqueles

adotados no Brasil são mais permissivos e menos propensos no informe de má qualidade nutricional.

Achados convergentes foram descritos por Tomaz e colaboradores (2022) que, ao comparar o modelo de perfil nutricional adotado no Brasil e México, conclui que o brasileiro é menos restritivo e que as políticas de regulamentação de rotulagem frontal devem garantir a adequada classificação dos alimentos de acordo com sua saudabilidade. Gomes e colaboradores (2022) destacam a importância de adequada regulamentação de produtos ultraprocessados por meio de rotulagem efetiva de advertência frontal para facilitar a aplicação e o monitoramento de políticas de marketing e alimentação escolar direcionada a redução da demanda e a oferta de produtos com tais advertências.

Enquanto mecanismo regulatório disposto tanto no PNS quanto no Plano de DANT a redução do consumo de sódio tem sido pautada no cenário brasileiro por meio de Acordos Voluntários firmados entre o Ministério da Saúde e as Associações da indústria de alimentos com vistas à redução deste nutriente em alimentos industrializados (NILSON et al., 2012). A OMS recomenda para adultos uma ingestão diária de máximo 5g de sal (equivalentes a 2000 mg de sódio). Observou-se na maioria dos países nas últimas décadas, o consumo de sal variando de 9 a 12 g por pessoa por dia (BROWN et al., 2009). No Brasil, estudo realizado a partir de dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, apontou que o consumo de sódio era praticamente o dobro dos limites estabelecidos pela OMS e que houve um aumento expressivo na contribuição de alimentos processados e ultraprocessados para a disponibilidade de sódio no país a partir da análise comparativa de compras de alimentos com a POF 2003 (SARNO et al., 2013). Foi evidenciado, também com dados coletados da POF 2009, que produtos processados e ultraprocessados já contribuíam com mais da metade do sódio dietético consumido pela população brasileira naquele ano entre os mais de 34 mil brasileiros maiores de dez anos avaliados (DE MOURA SOUZA et al., 2013). No ano de 2011 foi assinado o primeiro acordo voluntário de redução do conteúdo de sódio em alimentos embalados comercializados no Brasil entre Ministério da Saúde e Associação Brasileira da Indústria de Alimentos (ABIA). Entre os anos de 2011 a 2017 foram celebrados cinco acordos com metas de redução de sódio para 35 categorias de alimentos que

apresentam estratégias de redução do consumo de sal pela população brasileira para menos de cinco gramas diários até 2020, em consonância com as metas estipuladas pela OPAS e pela OMS (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2011c; BRASIL, 2012; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2017). Em 2014 o Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC) publicou uma extensa análise sobre tais acordos que conclui que tais medidas apresentam diversas fragilidades relacionadas tanto à sua natureza voluntária que pecam com a falta de punição para o não cumprimento e não adesão do setor como um todo, quanto às suas metas e transparência tímidas evidenciando que acordos sem articulação com as demais políticas de saúde não resolverão o problema (IDEC, 2014). Estudo conduzido por Ricardo e colaboradores (2022) com vistas a avaliar a adesão aos acordos voluntários de redução de sódio demonstrou que tais mecanismos são limitados em relação à abrangência e ao rigor das metas estabelecidas e indica que metas mais restritivas e obrigatórias deveriam ser consideradas no país, além das medidas precisarem ser voltadas a todos os produtos disponíveis. Espelhado no modelo de redução do sódio, no ano de 2018, o governo brasileiro lança um acordo voluntário com as indústrias para redução dos açúcares em alimentos e bebidas. O Plano de Redução de Açúcares em Alimentos Industrializados, apresenta o seguinte rol de alimentos objeto de pactuação de metas de redução: achocolatados em pó, bebidas adoçadas, biscoitos, bolos prontos, mistura para bolo e produtos lácteos. Havia uma previsão de retirada de 144 mil toneladas desses produtos até 2022, o correspondendo a uma redução de cerca de 1,5% do açúcar usado em itens industrializados (BRASIL, 2018). Vale ressaltar que a proposta do plano é apresentada pela indústria em um momento onde, o então Ministro da Saúde, havia encomendado estudos sobre o aumento de impostos de bebidas adoçadas (ASBRAN, 2018).

O debate sobre o aumento de impostos em bebidas adoçadas tem ganhado destaque na agenda da saúde pública pela correlação do consumo destas bebidas com o aumento da obesidade e risco de desenvolvimento de DCNT (MALIK et al., 2010). Entende-se por bebida adoçada aquelas industrializadas que englobam dois tipos de produtos: (a) bebidas açucaradas que possuem adição de açúcar de qualquer tipo e (b) bebidas dietéticas ou bebidas de baixas calorias que possuem adição de adoçantes, também conhecidos como edulcorantes (HASSAN, 2021). No Brasil adultos consomem em média 61 litros de bebidas adoçadas no ano (POF, 2018)

representadas por refrigerantes, bebidas de frutas (líquidas e em pó), águas saborizadas, bebidas energéticas e esportivas, chás ultraprocessados e açucarados. Evidências apontadas pelo Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS, 2020) demonstraram que, no Brasil, há um gasto de R\$ 2,9 bilhões por ano no sistema de saúde para cuidados com agravos atribuíveis ao consumo de bebidas adoçadas. Dentre os agravos listados, a obesidade e sobrepeso chamam a atenção com cerca de 722 mil crianças e adolescentes e 2,2 milhões de adultos acometidos por esta condição, além de 1,4 milhão de casos de diabetes tipo 2 além de 137, 4 mil, 91,4 mil, 74,7 mil e 14,2 mil de casos para doenças cardíacas, cerebrovasculares, renal e cânceres respectivamente.

A adoção de uma tributação específica para bebidas adoçadas tornou-se uma recomendação da OMS, do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a primeira recomenda um acréscimo de pelo menos 20% no preço destes produtos (FIPE, 2020). Uma série de países de alta, média e baixa renda, tem adotado intervenções de mercado, como impostos ou subsídios, para influenciar o consumo de alimentos e bebidas com vistas à melhora do perfil de saúde de suas populações como demonstrado por Teng e colaboradores (2019) que, ao avaliar a aplicação de impostos sobre bebidas adoçadas no mundo, aponta que a medida se mostra eficaz na redução tanto das compras quanto da ingestão alimentar de tais produtos.

O Brasil tem debatido a implementação de instrumentos econômicos e em 2022 foi aprovado o projeto de lei 2.183/2019, que versa sobre a proposição de uma Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico (CIDE) sobre a comercialização e importação de refrigerantes e bebidas açucaradas, atualmente em tramitação na Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) (BRASIL, 2019). Estudo conduzido pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) aplicando três possibilidades de tributação - 20%, 35% e 50% nos moldes da CIDE - a todos os produtos que compõem o grupo das bebidas adoçadas demonstrou que o aumento do preço de bebidas adoçadas estimula o consumo de bebidas de outras categorias como água, café e leite. Aponta ainda que, na alíquota mínima de 20%, haveria o aumento da arrecadação no ano de R\$ 4,7 bilhões e aumento no PIB de R\$ 2,4 bilhões e geração de quase 70 mil novos empregos em todas as regiões do país.

O que é observado na realidade brasileira é um cenário de subsídio à cadeia produtiva de bebidas adoçadas por intermédio, principalmente, dos incentivos fiscais na Zona Franca de Manaus, representando um contexto de renúncia fiscal em torno de R\$ 3,8 bilhões/ano estimada em 2016 pela Receita Federal (FIPE, 2020). Atualmente há uma reforma tributária no Brasil em curso que sofre grave risco de ineficiência se não alinhada a uma política tributária para redução de consumo de produtos nocivos à saúde (HASSAN, 2021).

Em consonância com o disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no princípio de proteção integral a estes, entendemos que a preservação de consumo de produtos nocivos à saúde, como ultraprocessados, é fundamental para a garantia do direito à saúde consagrado na Constituição Federal. Crianças e adolescentes permanecem por um longo período do dia, e cerca de 200 dias do ano, nas escolas, sendo este um espaço importante para a formação do hábito alimentar e cada vez mais alvo de medidas regulatórias. No Brasil as escolas públicas contam com o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), presente nos 5.570 municípios brasileiros, atendendo aproximadamente 150 mil escolas e contemplando cerca de 40 milhões de estudantes da educação pública de ensino na oferta de alimentação escolar. O PNAE enquanto uma política longaeva, originado na década de 50, atravessando seis décadas e 24 governos desde seu marco oficial, passou por uma série de mudanças institucionais e conceituais com vistas a adequá-lo às demandas e realidades tanto do cenário brasileiro, quanto do acúmulo de conhecimento do campo da alimentação e nutrição, a exemplo da Lei 11.947 de 2009 que institui que 30% das compras da alimentação escolar sejam advindas de agricultura familiar e agroecologia, fortalecendo seu compromisso com a segurança alimentar e nutricional (ALVAREZ, 2022). Ainda neste compromisso, a publicação da Resolução nº 06, de maio de 2020, a qual proíbe a utilização dos recursos do PNAE para adquirir alimentos e bebidas ultraprocessados é um importante marco legal para a garantia de acesso a uma alimentação adequada e saudável no ambiente escolar (BRASIL, 2020). A resolução nº 06 proíbe a oferta de alimentos ultraprocessados e a adição de açúcar, mel e adoçante nas preparações culinárias e bebida para as crianças até três anos de idade e para aquelas maiores de três anos estabelece parâmetros máximos de energia provenientes de nutrientes críticos como açúcares, gorduras e sal, além de recomendar o número mínimo de oferta semanal de alimentos

in natura e minimamente processados de modo a contemplar o atributo de variedade nas refeições conforme disposto nos Guias Alimentares (BRASIL, 2020).

Em movimento sinérgico de entendimento do espaço escolar como promotor de saúde e construção de hábitos alimentares, já era observado no país uma diversidade de experiências legislativas (quadro 6), em âmbito estadual e municipal, versando sobre a regulamentação dos alimentos comercializados nas escolas, com experiências mais atuais empreendendo o uso da classificação NOVA para a categorização dos alimentos, com vistas inclusive à ampliação da proteção aos estudantes da rede privada de ensino.

Quadro 6 - Listagem de experiências legislativas brasileiras, considerando o uso da classificação NOVA, para regulamentação de ambientes escolares

Ato normativo	Estado/município	Disposição	Uso da classificação NOVA
Lei municipal no 5.853, de 04 de junho de 2001	Florianópolis/SC	Dispõe sobre os critérios de concessão de serviços de lanches e bebidas, nas unidades educacionais, localizadas no município. A lei determina a proibição do comércio dos seguintes itens nas cantinas: bebidas alcoólicas; balas, pirulitos e gomas de mascar; refrigerantes e sucos artificiais; salgadinhos industrializados; salgados fritos e pipocas industrializadas.	Não
Lei estadual no 12.061, de 18 de dezembro de 2001.	Santa Catarina/SC	Dispõe sobre critérios de concessão de serviços de lanches e bebidas nas unidades educacionais, localizadas no Estado. A lei determina a proibição do comércio dos seguintes itens nas cantinas: bebidas alcoólicas; balas, pirulitos e gomas de mascar; refrigerantes e sucos artificiais; salgadinhos industrializados;	Não

		salgados fritos e pipocas industrializadas.	
Lei Estadual no 14.423, de 02 de junho de 2004.	Paraná/PR	Dispõe que os serviços de lanches nas unidades educacionais públicas e privadas que atendam a educação básica, localizadas no Estado, deverão obedecer a padrões de qualidade nutricional e de vida, indispensáveis à saúde dos alunos. A lei determina a proibição do comércio dos seguintes itens nas cantinas: bebidas alcoólicas; balas, pirulitos e gomas de mascar; refrigerantes e sucos artificiais; salgadinhos industrializados; salgados fritos e pipocas industrializadas.	Não
Lei nº 10.167, 24 de janeiro de 2007.	Porto Alegre/RS	Estabelece, no município de Porto Alegre, normas para o controle da comercialização de produtos alimentícios e de bebidas nos bares e nas cantinas das escolas públicas e privadas e dá outras providências.	Não
Lei nº 13.027 de 16/08/2008	Rio Grande do Sul	Dispõe sobre a comercialização de lanches e de bebidas em escolas no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências.	Não
LEI Nº 1414, DE 22 DE JANEIRO DE 2010.	Manaus/AM	Dispõe sobre a alimentação saudável nas escolas das redes públicas e privadas de ensino na cidade de Manaus	Não
Lei nº 4.992 de 30/09/2011	Campo Grande/MS	Define normas para a comercialização de alimentos nas cantinas comerciais da Rede Pública e Instituições Privadas de Educação Básica de Campo Grande-MS e dá outras providências	Não

LEI Nº 5778, de 21 de janeiro de 2011	Pelotas/RS	Dispõe sobre a promoção da alimentação saudável nas escolas das redes de ensino pública e privada de Pelotas	Não
Lei Estadual no 4320, de 26 de fevereiro de 2013	Mato Grosso do Sul/ MS	Proíbe a comercialização, confecção e distribuição de produtos que colaborem para acarretar riscos à saúde ou à segurança alimentar, dos consumidores em cantinas e similares instalados em escolas públicas situadas no estado	Não
Lei Nº 5146 DE 19/08/2013	Distrito Federal	Estabelece diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas da rede de ensino do Distrito Federal	Não
LEI Nº 5.232, DE 05 DE DEZEMBRO DE 2013	Distrito Federal	Disciplina a atividade econômica das cantinas comerciais escolares na rede pública de ensino do Distrito Federal e dá outras providências. Estabelecendo os alimentos que podem ser comercializados pelas cantinas	Não
Lei Estadual no 15.216, de 30 de julho 2018	Rio Grande do Sul/RS	Dispõe sobre a promoção da alimentação saudável e proíbe a comercialização de produtos que colaborem para a obesidade, diabetes e hipertensão em cantinas e similares instalados em escolas públicas e privadas do Estado. A lei determina a proibição do comércio dos seguintes itens nas cantinas: bebidas alcoólicas; balas, pirulitos e gomas de mascar; refrigerantes e sucos artificiais; salgadinhos industrializados; salgados fritos e pipocas industrializadas. Determina, ainda, que a cantina escolar oferecerá para consumo, diariamente, pelo menos 2	Não

		(duas) variedades de fruta da estação "in natura", inteira ou em pedaços, ou na forma de suco	
Lei Municipal no 5.400, de 23 de janeiro de 2019	Passo Fundo/ RS	Dispõe sobre a proibição da comercialização de alimentos nocivos à saúde, tais como refrigerantes, no âmbito das escolas de educação infantil e de ensino fundamental municipais e particulares do município	Não
LEI Nº 6.475, DE 03 DE JANEIRO DE 2020	Distrito Federal	Proíbe a oferta de embutidos na composição da merenda escolar servida aos alunos dos estabelecimentos públicos de ensino do Distrito Federal	Não
Lei nº 302, de 22 de novembro de 2022	Vila Nova/PI	Dispõe sobre a promoção da Alimentação Adequada e Saudável no ambiente escolar por meio da educação alimentar e nutricional e regulação da distribuição, comercialização e comunicação mercadológica de alimentos e bebidas nas unidades escolares	Sim
Lei No 3.766, de 05 de janeiro de 2023	Niterói/ RJ	Altera a Lei de no 2659, de 19 de novembro de 2009, que proíbe a comercialização, a aquisição, a confecção, a distribuição e a publicidade de produtos que contribuem para a obesidade infantil e dá outras providências	Sim
Lei nº 7987 de 11 de julho de 2023	Rio de Janeiro/RJ	Institui ações de combate à obesidade infantil através da promoção de ambientes saudáveis, proibindo a venda e a oferta de bebidas e alimentos ultraprocessados nas escolas públicas e privadas de ensino infantil e fundamental, estabelecidas no Município do Rio de Janeiro	Sim

Fonte: Elaboração da autora.

Estudo realizado por Rocha (2021) evidenciou que os alimentos ultraprocessados (AUP) contribuíram com uma média de 28% da ingestão total de calorias de adolescentes avaliados no Estudo dos Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA), sendo significativamente maior naqueles de escolas particulares, dentre os que não consomem refeições oferecidas pelas escolas e que não tomam café da manhã regularmente. Estudos com dados do ERICA também apontam que o hábito de comprar alimentos na cantina escolar aumenta as chances de consumo de bebidas ultraprocessadas por adolescentes e que aqueles matriculados em escolas abrangidas pelas leis que restringem a venda de alimentos e bebidas ultraprocessados em suas cantinas tiveram uma chance 11% menor de obesidade (ROCHA et al., 2021a) (DE ASSIS et al., 2023).

O conjunto de medidas regulatórias descritas apresenta importante potencial de mudança no cenário das DCNT no Brasil, porém é essencial que tais ações sejam monitoradas e avaliadas a fim de entender seu grau de implementação e subsidiar possíveis redirecionamentos. Browne e colaboradores (2019) apontam que a criação de sociedades saudáveis por meio de iniciativas políticas tem sido uma função fundamental da saúde pública por mais de trinta anos, porém está bem documentado que as evidências de saúde pública muitas vezes não são traduzidas em políticas. De tal feito concluem que a prática de analisar políticas fornece aos pesquisadores uma poderosa ferramenta tanto para o uso de evidências de pesquisa em sua formulação quanto para o entendimento dos valores, interesses e contextos políticos que sustentam as decisões políticas.

1.9 Avaliação de políticas de saúde e suas interfaces com o campo da Alimentação e Nutrição

O campo da avaliação da saúde é essencialmente multidisciplinar e se dedica à avaliação sistemática e objetiva das intervenções, dos serviços e dos programas de saúde e das políticas subjacentes à avaliação. Weiss (1972) conceitua a avaliação como uma apreciação sistemática do funcionamento e (ou) dos resultados de um

programa ou de uma política em função de critérios explícitos ou implícitos, de modo a contribuir para a melhoria do programa ou da política. Já Patton (1990) descreve que a avaliação é a coleta sistemática de dados sobre atividades, características e efeitos de programas para uso de interessados, de forma a reduzir incertezas, melhorar a efetividade e tomar decisões com respeito ao que aquele programa está fazendo, quais são seus resultados e como pode ser ajustado. Para Champagne, Contandriopoulos, Brousselle, Hartz e Denis (2011) avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os seus diferentes atores envolvidos - cujos campos de julgamento são por vezes diferentes - estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individualmente ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações. Cabe destacar que o presente estudo considera o entendimento de política pública como a ação do Estado (enquanto poder estatal em todas as suas formas) em seu movimento que objetiva a garantia de direitos aos cidadãos (HESS, 2010).

O conceito de avaliação de políticas e programas no setor público surge logo após a Segunda Guerra Mundial quando o Estado passa a ter uma atuação mais abrangente nas áreas de saúde, educação, e social, e a partir disso necessita que a distribuição de recursos seja a mais eficaz possível (HARTZ, 1997). Teston e colaboradores (2021) atribuem tal ocorrência pela necessidade dos pesquisadores em avaliar o êxito ou fracasso dos programas implementados, visando verificar os atributos de eficácia, eficiência e efetividade na utilização de recursos pelo Estado. Para Hartz (1997) os objetivos de uma avaliação são variados, podendo ser oficiais ou oficiosos, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes, aceitos por todos os atores ou somente por alguns. A autora descreve quatro tipos de objetivos oficiais de uma avaliação, a saber: (1) ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico); (2) fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo); (3) determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo) e (4) contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental).

Guba & Lincoln (1990) identificam e descrevem quatro estágios históricos do desenvolvimento da avaliação, a saber: (1) estágio um baseado em medidas (de inteligência, produtividade de trabalhadores) onde o avaliador exerce um papel fundamentalmente de um técnico que necessita saber construir e dominar o uso de instrumentos que permitem medir os fenômenos estudados; (2) estágio dois, consolidado nos anos 20 e 30, se debruça na identificação e descrição de como os programas atingem seus resultados; (3) estágio três tem como característica principal ser fundamentado no julgamento para que este ajude na tomada de melhores decisões; (4) o quarto estágio ainda está emergindo e tem como marco sua natureza de ser um instrumento de negociação entre todos os atores envolvidos na intervenção, tornando-se mais inclusiva e com resultados obtidos pela interação entre o investigador e o objeto.

Considerando que avaliar se apresenta fundamentalmente como a emissão de um juízo de valor sobre uma intervenção, ou qualquer um de seus componentes, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões, podem ser utilizados uma série de critérios e normas (avaliação normativa) ou elaborações a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) que vão oferecer arcabouço para tais julgamentos (Hartz, 1997). Dentre os tipos de **avaliação normativa** podemos ter as seguintes estruturas para apreciação: a) **apreciação da estrutura** que busca saber que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados; b) **apreciação do processo** que investiga se os serviços oferecidos são adequados para atingir os resultados esperados, podendo ainda ser decomposto nas dimensões técnica, das relações interpessoais e organizacional; e c) **apreciação dos resultados** que consiste em se perguntar se os resultados observados correspondem aos esperados, isto é, aos objetivos que a intervenção se propôs atingir. A **pesquisa avaliativa** - definida como um procedimento que julga uma intervenção analisando critérios como sua pertinência, fundamentos teóricos, produtividade, efeitos e rendimentos, bem como sua relação com o contexto - também conta com um apanhado de tipologias que buscam auxiliar na tomada de decisões e pode se decompor em seis tipos de análise a saber: a) **análise estratégica** que busca analisar a adequação estratégica entre a intervenção e a situação problemática que a originou; b) **análise da intervenção** que consiste no estudo da relação entre os objetivos da intervenção e os meios empregados; c) **análise da produtividade** que objetiva o

estudo do modo como os recursos são usados para produzir serviços; d) **análise dos efeitos** busca avaliar a influência dos serviços sobre os estados de saúde com vistas a determinação de sua eficácia para modificação os estados de saúde; e) **análise do rendimento ou eficiência** que consiste em relacionar a análise dos recursos empregados com os efeitos obtidos e geralmente se faz com ajuda de análises custo/benefício, custo/eficácia ou custo/utilidade e f) **análise da implantação** consiste, tanto na mensuração da influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos, quanto na apreciação da influência do ambiente, do contexto, no qual a intervenção está implantada nos efeitos da intervenção (Hartz, 1997).

A análise de implantação ou implementação, objeto do presente estudo, se mostra particularmente pertinente para a observância de expressiva variabilidade nos resultados obtidos por intervenções semelhantes implantadas em contextos diferentes. Para Hartz e Vieira (2005) a avaliação de implementação tem como foco a relação entre a intervenção (políticas, programas, serviços e ações) e seu contexto de inserção na produção dos efeitos, o que se torna particularmente importante quando a intervenção é complexa, com múltiplos componentes e contingencial. Champagne e colaboradores (2011) destacam que a avaliação de implementação é útil na delimitação dos fatores facilitadores ou não na implementação de uma intervenção justamente por apreciar o modo como, em um contexto particular, uma intervenção provoca mudanças. Afirmam ainda que a condução de uma análise de implementação aumenta o potencial de generalização (validade externa) das pesquisas avaliativas e indicam a pertinência de sua realização em duas situações, a saber: 1) quando os efeitos da inserção de uma intervenção são não nulos e poucos robustos, ou seja, sensíveis às questões contextuais e 2) quando na implementação de uma intervenção nova, auxiliando numa melhor identificação tanto de sua dinâmica de implantação quanto de fatores explicativos críticos.

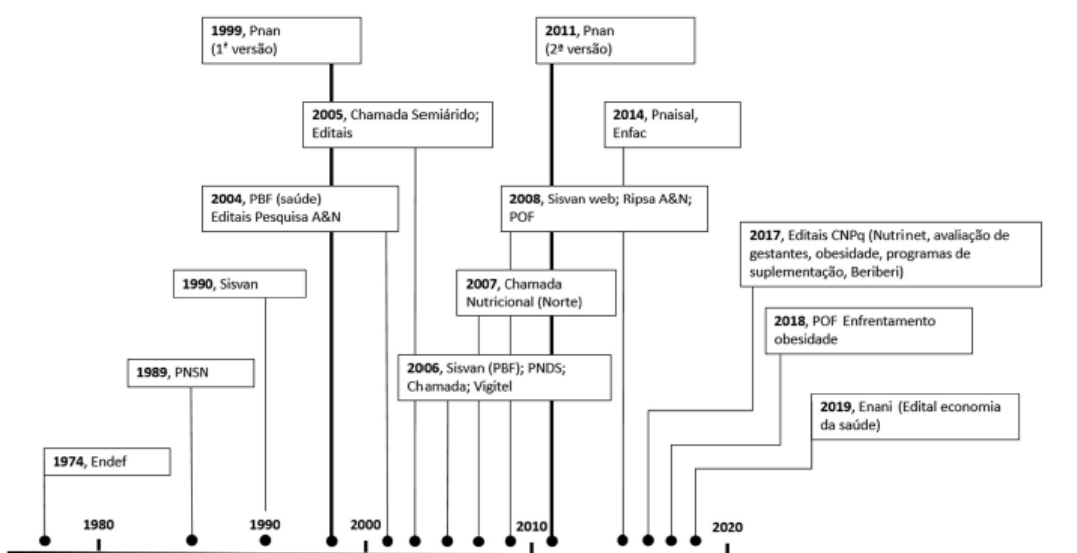
No Brasil, segundo Vasconcelos e Batista Filho (2011), o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva assume a sua atual configuração a partir da década de 70 com o início de distintas estratégias sobre alimentação e nutrição, do setor saúde e outros setores, que vinham se fortalecendo no âmbito da Reforma Sanitária e estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Os autores relatam

ainda que nesta década organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a FAO e o UNICEF advogam pela necessidade de incorporação de planejamento nutricional ao planejamento econômico dos países em desenvolvimento, em especial os latino-americanos. Vale ressaltar que essa configuração favorece a expansão do debate brasileiro para conformações mais delimitadas da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) com forte vinculação ao Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) que ocupam de maneira crescente o debate sobre as políticas públicas no país (VALENTE, 2003). Jaime e colaboradores (2018) descrevem o contexto de criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), uma autarquia pública vinculada ao Ministério da Saúde, que era responsável pela coordenação de programas de alimentação e nutrição como o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN). O PRONAN passou por um processo de reformulação para sua segunda edição, o PRONAN II, que foi submetida a uma avaliação que se debruçou basicamente na cobertura do programa, não tendo sido analisado de forma profunda, enquanto uma política pública (STEFANINI et al, 1994; SANTOS E SANTOS, 2017). Na década de 90 alguns estudos avaliativos foram conduzidos, avaliando os programas e suas coberturas com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Nutrição (PNSN), e demonstraram que além de políticas públicas clientelistas e ineficazes - focadas em distribuição de alimentos combinando alto custo orçamentário com baixo impacto na população alvo (L'ABBETE, 1988) - as famílias de mais baixa renda não eram as que apresentaram maior cobertura de benefícios (MUSGROVE, 1988, PELIANO, 1990, SANTOS E SANTOS, 2007) Magalhães (2014) descreve que a partir da redemocratização do país, na década de 1980, a avaliação de políticas e programas de saúde ganha espaço no ambiente governamental brasileiro. Já no âmbito internacional, agências como a FAO e OMS, desenvolveram instrumentos de avaliação das políticas de SAN e nutrição com vistas à priorização de agendas globais e regionais. Exemplificam esta frente, as publicações, desde 1999, dos relatórios de Estado de Segurança Alimentar e Nutricional no Mundo (SOFI - The State of Food Security and Nutrition in the World) que, no acompanhamento das mudanças da agenda global, agregaram a preocupação com a desnutrição e novos problemas relacionados a DCNT trazendo a tona o debate sobre a dupla carga de má nutrição e a influência dos sistemas alimentares neste cenário, abordando as responsabilidades nacionais em tais

desfechos (UMBARANA E NILSON, 2023). Frente a este cenário e considerando a necessidade de fortalecimento de estratégias, ações e programas de alimentação e nutrição, a Pnan é publicada em 1999, com vistas a institucionalizar tais componentes protegendo-os dos desafios advindos de mudanças contextuais do cenário político. Entre as suas diretrizes estavam o “monitoramento da situação alimentar e nutricional e a promoção de linhas de investigação” que, juntas, apontavam para seu monitoramento e avaliação (Brasil, 2008). Enquanto ações para a consecução de tais diretrizes, a Pnan descrevia que para o monitoramento da situação alimentar e nutricional a ampliação e aperfeiçoamento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) seriam promovidos de modo a deixar seus processos mais ágeis e estender sua cobertura a todo o Brasil. Já para a promoção de linhas de investigação buscava-se compreender o contexto de situações e fatores de interesse para definir e executar ações de ações com destaque ao entendimento sobre a desnutrição energético-protéica (DEP) e deficiência de micronutrientes em especial sobre a epidemiologia das anemias e da hipovitaminose A. Em referência ao disposto sobre a temática de monitoramento e avaliação na segunda edição da Pnan (Brasil, 2012), esta é trazida pelas diretrizes “Vigilância alimentar e nutricional” e “Pesquisa, inovação e conhecimento em alimentação e nutrição”. Sendo assim, incorpora-se a vigilância dos serviços de saúde e valoriza a obtenção de informações provenientes de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais, das chamadas nutricionais e da produção científica. Umbarana e Nilson (2023) avaliam de forma positiva a inserção da diretriz “Pesquisa, inovação e conhecimento em saúde e nutrição” que aponta para o reconhecimento da pesquisa, inovação e tecnologia no campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva como fundamentais para a geração de evidências e instrumentos necessários para a implementação da Pnan. Vale ressaltar que o processo que culminou na publicação da segunda versão da Pnan, por meio da portaria n. 2.715 de 17, de novembro de 2011 (Brasil, 2011), se deu pelo debate de representantes da gestão estadual e municipal de alimentação e nutrição, a partir de evidências que apontavam a emergência das DCNT no Brasil, tornando urgente o debate sobre a reorganização do SUS com vistas ao atendimento das demandas de saúde da população (Jaime et al, 2018). Uma pesquisa de avaliação da implementação da primeira versão da Pnan, realizada entre 2008 e 2009, também se mostrou como essencial para o destaque das ocorrências que haviam influenciado a

agenda de nutrição, contexto institucional e de conjuntura, fatores críticos e promissores nos dez anos anteriores. Esta pesquisa evidenciou a necessidade de atualização da política considerando o contexto socioeconômico, geográfico e epidemiológico. Recine e Vasconcellos (2011) descrevem que os principais méritos da política revelados por esta avaliação foram: o desenvolvimento da VAN; a produção regular de informações sobre estado nutricional por meio de pesquisas de base populacional; e a construção da agenda de promoção da alimentação saudável. A figura xx demonstra historicamente como tem sido a evolução do monitoramento e avaliação no campo da alimentação e nutrição, considerando os marcos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do SUS, 1999 e 2011.

Figura 3 – Linha do tempo de evolução do monitoramento e avaliação, segundo marcos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição



Siglas: Estudo Nacional da Despesa Familiar (Endef); Estudo Nacional de Fortificação Caseira da Alimentação Complementar (Enfac); Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (Enani); Programa Bolsa Família (PBF); Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE); Pesquisa Nacional para Avaliação do Impacto da Iodação do Sal (Pnaisal); Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan); Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS); Pesquisa Nacional de Saúde (PNS); Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN); Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF); Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa); Vigilância de Fatores de Risco e Proteção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Vigitel); Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan).

Gasparini e colaboradores (2017), afirmam que as pesquisas avaliativas em alimentação e nutrição reforçam predominantemente a gestão pública focada em resultado, a exemplo de um estudo realizado em 2001, pela coordenação responsável pela Pnan, que avaliou o impacto do Programa Bolsa Alimentação (PBA) desde a sua concepção, objetivando entender se ele atingia os efeitos esperados e se esses efeitos podiam ser atribuídos a essa intervenção. Magalhães (2014) afirma que ao se avaliar uma intervenção além do resultado, é permitido constatar, por exemplo, que práticas alimentares mais saudáveis não ocorrem imediatamente ao aumento da renda, refletindo sobre a possibilidade de que ações adicionais sejam necessárias para melhores escolhas alimentares em cada contexto e soma à sua reflexão que a avaliação de resultado, apesar de crucial, reduz a visibilidade de outros tipos de avaliação e abordagens que valorizem a integração entre processos e resultados nos diferentes contextos locais de implementação. Carvalho e colaboradores (2013) descrevem que, no ano de 2007, houve a aproximação com a avaliação além de resultados, a partir da integração do Brasil no projeto-piloto da FAO juntamente com outros três países das Américas (Argentina, México e Panamá) para implementação de uma metodologia de avaliação de programas de alimentação e nutrição. Sendo assim, texto da nova versão da Pnan, publicado em 2011, onde se destaca a necessidade de investimento em pesquisas de delineamento e avaliação de novas intervenções e de avaliação de programas e ações propostos, representa um componente inovador e ampliado do monitoramento e avaliação, oferecendo mais espaço e expressando a intenção de que avaliações na gestão pública superem as avaliações de resultados. De certa forma, a política passou a verbalizar em sua nova versão a prática da avaliação de implementação realizada entre 2008 e 2009 (UMBARANA E NILSON, 2023).

Um estudo que avaliou a implementação da Pnan no período de 1999 a 2019 buscando identificar barreiras, facilitadores, avanços e desafios em sua consecução, evidenciou, por meio de entrevistas com atores-chave, uma ausência de processos avaliativos e de ajustes na implementação da política como um todo nas três esferas federativas (GARCIA et al, 2023). Versando sobre os principais desafios e perspectivas da avaliação de políticas públicas voltadas para a segurança alimentar e nutricional, Magalhães (2014) destaca a relevância do desenvolvimento de novas alternativas teóricas e metodológicas - com o uso de estudos de casos, interação entre

dados qualitativos e quantitativos advindos da implementação local - considerando que uma avaliação mais abrangente deve ser capaz de captar a complexidade dos programas e ações concebidas a fim de contribuir para aprendizados e transformações mais efetivas. A observação da implementação de intervenções envolve investigar a cadeia de estrutura, processo e resultado, enfatizando as explicações para a diferença entre o pretendido e o realizado (CHAMPAGNE et al., 2011). A partir de tais acúmulos fica evidente que são empreendidos esforços para a implementação das políticas, porém seus processos de monitoramento e avaliação ainda se mostram incipientes.

1.10 A Rede INFORMAS e índice FOOD- EPI

O monitoramento da implementação de políticas e planos de ação ainda é um desafio em todas as regiões e países e para contribuir na sua superação, a Rede INFORMAS (International Network for Food and Obesity/Non-communicable Diseases Research, Monitoring and Action Support) foi criada com vistas a apoiar o monitoramento da implementação de políticas e identificação de boas práticas que podem servir como exemplos para catalisar ações governamentais na redução da obesidade (SWINBURN et al., 2013) (VANDEVIJVERE et al., 2017). Trata-se de uma rede global de organizações de interesse público e pesquisadores que tem por objetivo o monitoramento, avaliação e apoio das ações dos setores público e privado para criar ambientes alimentares saudáveis e reduzir a obesidade e as DCNTs. O INFORMAS é composto por 10 módulos, com questões norteadoras e instituições responsáveis apresentadas no quadro 7

Quadro 7 - Módulos, questões norteadoras e instituições responsáveis pelo INFORMAS

Módulo	Questão norteadora	Instituição responsável
Políticas e ações do setor público (Food-EPI)	Quais os progressos que os governos	Universidade de Auckland, Nova Zelândia

	(internacionais, nacionais, estaduais e locais) têm feito em relação a boas práticas para a melhoria dos ambientes alimentares e na implementação de políticas e ações de prevenção da obesidade?	
Políticas e ações do setor privado	Como as organizações do setor privado afetam os ambientes alimentares e influenciam os esforços de prevenção da obesidade/DCNTs?	Universidade Deakin, Austrália.
Composição de alimentos	Qual é a composição nutricional de alimentos e bebidas não alcoólicas?	Instituto George de Saúde Global, na Austrália.
Rotulagem de alimentos	Quais os modelos de rotulagem estão sendo utilizadas em alimentos e bebidas não alcoólicas?	Universidade de Oxford, Reino Unido.
Promoção de alimentos:	Qual é a disponibilidade de alimentos não saudáveis e bebidas não alcoólicas para diferentes grupos populacionais e quais as ações promocionais desses produtos?	Universidade de Wollongong, Austrália.

Oferta de alimentos	Qual é a qualidade nutricional dos alimentos e bebidas não alcoólicas fornecidos em diferentes contextos (por exemplo, escolas, hospitais, locais de trabalho)?	Universidade de Toronto, Canadá.
Varejo de alimentos	Qual é a disponibilidade de alimentos saudáveis e não saudáveis e bebidas não alcoólicas nas comunidades e nos estabelecimentos de varejo?	Universidade de Auckland, Austrália.
Preços dos alimentos	Qual é o preço relativo e a acessibilidade de produtos "menos saudáveis" em comparação com refeições e alimentos "saudáveis"?	Universidade de Tecnologia de Queensland, Austrália.
Comércio de alimentos e investimento	Quais são os impactos dos acordos de comércio e investimento sobre a salubridade dos ambientes alimentares?	Universidade Nacional Australiana, Austrália
Consumo Populacional	Qual é a qualidade da dieta de diferentes grupos populacionais?	Universidade de São Paulo, Brasil.

Fonte: OPSAN, 2022. Índice de políticas para promoção de ambientes alimentares saudáveis. Disponível em: <https://www.opsan.unb.br/biblioteca-informas>. Acesso em: 10 mai 23

Mais de 50 países já realizaram a aplicação de algum módulo do INFORMAS e, na América do Sul, Argentina, Brasil, Chile e Equador são os países participantes. Cabe destacar a aplicação da ferramenta em âmbito local a partir da adaptação canadense nas cidades de Toronto, Greater Sudbury e na região de Peel.

Até o momento, estão sendo desenvolvidos no Brasil os módulos sobre Rotulagem de Alimentos (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor), Promoção de Alimentos (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor), Políticas e Ações do Setor Privado (Núcleo de Estudos Epidemiológicos em Nutrição e Saúde/USP), Composição de Alimentos (Núcleo de Estudos Epidemiológicos em Nutrição e Saúde/USP) e Preços de Alimentos (Departamento de Nutrição/ UFMG). No ano de 2022 foi concluída a aplicação em nível nacional do módulo de Políticas Públicas (Food EPI).

O Food-EPI, metodologia de análise do presente estudo, foi elaborado a partir da revisão de um conjunto de documentos internacionais (SWINBURN et al., 2013) e da proposta de organização de sistemas de saúde da Organização Mundial da Saúde/OMS (WHO, 2007). O Food-EPI é composto por um componente relacionado às políticas e outro relacionado à institucionalidade, subdivididos em sete e seis domínios respectivamente, totalizando 13 domínios a serem investigados conforme descritos abaixo:

1.11 Componente de política

Compreende sete domínios que podem ser implementados para melhorar o ambiente alimentar, a saber:

- ✓ Composição dos alimentos: busca investigar a existência de sistemas governamentais implementados para garantir que as refeições fora de casa minimizem a densidade energética e os níveis de nutrientes preocupantes (sal, gordura saturada, gordura trans, açúcar adicionado);
- ✓ Rotulagem dos alimentos: busca investigar a existência de um

sistema regulatório implementado pelo governo para rotulagem orientada ao consumidor em cardápios de restaurantes para permitir que os consumidores façam escolhas alimentares informadas com facilidade;

✓ Promoção dos alimentos: busca investigar a existência de política pública ampla implementada para reduzir o impacto (exposição e poder) das ações de promoção comercial de alimentos não saudáveis para crianças;

✓ Preço dos alimentos: busca investigar se as políticas de preços dos alimentos (por exemplo, impostos e subsídios) estão alinhadas com objetivos de Saúde Pública, de forma que as escolhas alimentares saudáveis sejam as mais fáceis e baratas;

✓ Provisão de alimentos: busca investigar se o governo garante políticas para alimentação saudável em ambientes públicos de forma a garantir/incentivar escolhas alimentares saudáveis e se há o apoio e incentivo ativos a empresas privadas a implementarem iniciativas similares;

✓ Varejo de alimentos: busca investigar se o governo implementa políticas e programas para ampliar a disponibilidade de alimentos saudáveis e limitar a disponibilidade de alimentos não saudáveis nas comunidades (limitação na densidade e localização de comércios) e no ambiente interno das unidades (localização de produtos);

✓ Comércio de alimentos e investimentos: busca investigar se o governo assegura que os acordos de comércio e investimentos protegem a segurança alimentar e nutricional, favorecem ambientes alimentares saudáveis, são coerentes em relação às políticas nacionais de saúde e agricultura de maneira a preservar os objetivos de saúde e não promovem ambientes alimentares não saudáveis.

1.12 Componente de institucionalidade

Compreende seis domínios de suporte que descrevem as práticas do governo que permitem a implementação de políticas e ações governamentais bem-sucedidas, a saber:

- ✓ Liderança: a liderança política assegura um forte apoio ao planejamento, comunicação, implementação e avaliação de políticas e ações com o objetivo de criar ambientes alimentares saudáveis, reduzir as desigualdades e melhorar a alimentação da população;
- ✓ Governança: busca investigar os mecanismos do governo para garantir transparência, prestação de contas e incentivar a ampla participação e inclusão da sociedade ao formular e implementar políticas e ações para ambientes alimentares saudáveis, melhorar a alimentação e nutrição da população e reduzir as desigualdades relacionadas à alimentação;
- ✓ Monitoramento e informação: busca investigar se os sistemas governamentais de monitoramento e informação (vigilância, avaliação, pesquisa) são amplos e regulares o suficiente para diagnosticarem a situação dos ambientes alimentares, situação alimentar e nutricional da população, doenças crônicas não transmissíveis relacionadas à alimentação e desigualdades em saúde, e para aferir a evolução no alcance dos objetivos em nutrição e saúde;
- ✓ Recursos e financiamento: busca investigar se recursos públicos suficientes são investidos na “promoção da alimentação e nutrição da população” de maneira a criar ambientes alimentares saudáveis, melhorar o estado nutricional da população, reduzir a obesidade, as DNCT relacionadas à alimentação e as desigualdades associadas;
- ✓ Plataformas de interação: busca investigar se há plataformas de

interação e oportunidades de sinergia entre setores governamentais, níveis administrativos e outros setores (ONGs, setor privado e academia) de maneira a promover a coerência entre políticas e ações em alimentação e nutrição. Além disso, busca analisar se estas plataformas são efetivas e eficientes para melhorar os ambientes alimentares, a alimentação e nutrição da população, reduzir as DCNT associadas à alimentação e as desigualdades a elas relacionadas;

✓ Saúde em todas as políticas: busca investigar se há processos sendo implementados para garantir a coerência e o alinhamento de políticas públicas nos diferentes setores, onde os impactos na saúde da população são considerados.

Os objetivos do Food-EPI são: (1) Avaliar e comparar a extensão da implementação de políticas que interfiram nos ambientes alimentares pelos governos nacionais e locais à luz das melhores práticas internacionais e identificar as principais lacunas de implementação em cada país e região; (2) Propor e priorizar ações concretas a serem implementadas pelo governo na forma de um conjunto abrangente de políticas, apoiado por evidências científicas e experiência acumulada por especialistas em saúde pública; (3) Comparar países em relação à extensão da implementação de políticas para promoção de ambientes alimentares à luz das melhores práticas internacionais (SWINBURN et al., 2014; SWINBURN, SACKS et al., 2013; VANDEVIJVERE et al., 2017).

2 JUSTIFICATIVA

A obesidade resulta da interação de diversos determinantes de distintas naturezas, compreendendo componentes comportamentais, biológicos, sociais, econômicos, ambientais e culturais. Por todos estes componentes se configura como uma importante questão de saúde na contemporaneidade e que necessita de ações e abordagens integradas entre distintos atores. Soma-se a este fato a constatação de que abordagens que pensem em seu manejo com foco no indivíduo e sem considerar sua magnitude multifatorial têm se mostrado, até então, pouco satisfatórias no controle deste agravo. De tal feita, é necessário que se investigue a verdadeira efetividade de tais medidas, inclusive em comparação com boas práticas internacionais, considerando a atual manutenção e tendência de crescimento das prevalências deste agravo.

Considerando a importante influência que as políticas locais podem ter sobre os cidadãos, seu desenvolvimento e implementação dependem fortemente do contexto que estão inseridas. O desenvolvimento de políticas locais pode desempenhar um papel crítico na formação do ambiente alimentar geral ao se considerar a maior flexibilidade em sua implementação por governos locais, por meio da criação de inovadoras políticas públicas para ambientes saudáveis. Neste sentido a aplicação de métodos avaliativos que permitam a comparação com outras realidades e a apreensão de percepções de gestores se mostra fundamental para o mapeamento do grau de implementação de ambientes propícios para escolhas saudáveis e acessíveis, assim como planejamentos futuros em saúde que deem conta do desafio da prevenção e controle da obesidade.

Por conseguinte, a aplicação do índice Food-Epi possibilita comparação da realidade em nível local com parâmetros validados internacionalmente, permitindo a incidência junto a instituições e gestores baseada em ações já experimentadas.

O desenvolvimento desta pesquisa contribui para um processo permanente de avaliação de políticas de modo a refletir sobre as melhores práticas para prevenção e controle da obesidade.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Analisar o grau de implementação das políticas e ações governamentais em âmbito estadual para a prevenção e redução da obesidade no Rio de Janeiro.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar e caracterizar as políticas e ações governamentais implementadas em âmbito estadual no Rio de Janeiro que visam à prevenção e redução da obesidade;
- Comparar as políticas e ações governamentais em âmbito estadual no Rio de Janeiro que visam à prevenção e redução da obesidade com as melhores práticas internacionais;
- Captar impressões e proposições de especialistas sobre a implementação de políticas para prevenção e redução da obesidade no Estado do Rio de Janeiro em comparação com as melhores práticas;
- Propor e priorizar um conjunto de ações e políticas públicas visando à prevenção e redução da obesidade em âmbito estadual;

4 ARTIGO

Análise da implementação de políticas públicas para o cuidado à obesidade no estado do Rio de Janeiro utilizando o índice Food EPI

Resumo: Considerados relevantes problemas de saúde pública, a obesidade e as doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de morte e incapacidade na atualidade, ocupando a centralidade das discussões científicas. Para o enfrentamento desses agravos são necessárias políticas públicas (PP). Foi analisado o nível de implementação das PP do Estado do Rio de Janeiro para prevenir e controlar a obesidade através do protocolo INFORMAS/Food-EPI. O protocolo é composto por um componente relacionado às políticas e outro relacionado à institucionalidade, subdivididos em sete e seis domínios respectivamente. O processo de avaliação ocorreu em seis etapas: (1) adaptação da ferramenta para âmbito local; (2) revisão abrangente de ações e PP relacionadas ao tema; (3) validação com especialistas; (4) comparação de ações locais com as melhores práticas internacionais e avaliação de seu nível de implementação; (5) eleição de um conjunto de ações para melhoria das PP atuais e (6) priorização das proposições considerando sua importância e factibilidade. Os resultados demonstram que os domínios que mais se destacaram com ações associadas foram provisão de alimentos (20,5%) e monitoramento e avaliação (13,6%). Quanto ao nível de implementação das políticas para ambientes alimentares mais saudáveis, 2,8% (n=1) foram classificadas como “muito baixo”, 52,8% (n=19) como de “baixa” implementação, 27,8% (n=10) nível “médio” de implementação, enquanto apenas 16,6% (n=6) das ações foram consideradas com “alto nível” de implementação. A maior parte das propostas oferecidas pelos especialistas estavam situadas no componente políticas (n=44). As propostas eleitas como mais factíveis pelos especialistas estavam concentradas no componente de políticas. A avaliação da implementação das políticas poderá ajudar no aprimoramento e no planejamento de políticas e ações além da proposição de propostas de melhoria dos ambientes alimentares no RJ para avançar no enfrentamento da obesidade.

4.1 Introdução

Considerado um relevante problema de Saúde Pública, a obesidade tem ocupado lugar central nas discussões científicas e políticas nas últimas décadas por se tratar de um acontecimento de dimensão epidêmica e mundial (MARTINS, 2018). A recente publicação do relatório da Carga Global de Doenças que fornece estimativas abrangentes de níveis de exposição, riscos relativos à saúde e carga atribuível de doença para fatores de risco em diversos países e territórios entre anos de 1990 a 2021, mostrou que as taxas globais de anos de vida ajustados por incapacidade por idade atribuíveis a um índice de Massa Corporal (IMC) alto aumentaram 15,7% no período analisado, com exposição aumentando anualmente a taxas de 1,8%

É conhecido que a alimentação não saudável é uma das principais causas da crescente carga global de obesidade e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Ao avaliar a distribuição das características referentes à qualidade da alimentação da população, observa-se que, em praticamente todos os países, houve um aumento persistente na produção, oferta e consumo de produtos ultraprocessados (MONTEIRO et al., 2013). Achados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 indicam que, no Brasil, a frequência de excesso de peso foi de 60,3% entre adultos, sendo maior entre mulheres (62,6%) quando comparadas aos homens (57,5%). Já a obesidade atinge a prevalência de 25,9%, apresentando tendências similares ao excesso de peso quando comparados homens (21,8%) e mulheres (29,5%) (BRASIL, 2019). Resultados obtidos pelo Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) mostram que, na capital do Rio de Janeiro, a prevalência de obesidade foi de 25,2% para homens e 27% para mulheres (BRASIL, 2023).

Soma-se à complexidade dos fatores que determinam a obesidade, como componentes sociais, ambientais, biológicos, comportamentais, culturais e econômicos, o fato de que as escolhas alimentares não são condicionadas unicamente pelo comportamento dos indivíduos, mas sim pelo sistema alimentar o qual ele está inserido (JAIME, 2024).

Cada vez mais tem sido investigada a influência dos ambientes alimentares nos modos de consumo das pessoas, podendo potencialmente expô-las a um maior risco de desenvolvimento de obesidade e outras DCNT. Os ambientes alimentares são definidos como o contexto físico, econômico, político e sociocultural no qual os consumidores se envolvem com o sistema alimentar para tomar suas decisões sobre a aquisição, preparação e consumo de alimentos (HLPE, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe como meta até 2025 deter o aumento da prevalência de obesidade e diabetes (WHO, 2014). Para tal, ações mais abrangentes que envolvam governos e indústrias de alimentos se fazem necessárias. Com base nas recomendações da OMS sobre o monitoramento das DCNT, o Ministério da Saúde brasileiro pactuou em 2021 novas metas para monitoramento destes agravos na próxima década dispostas em um Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil (BRASIL, 2021).

No Brasil, o debate sobre a obesidade tornou-se fortemente presente nas políticas públicas sendo o Ministério da Saúde o principal proponente de ações, seguindo a tendência internacional (DIAS et al., 2017). O Plano de Ação Estratégica para o Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (Plano de DANT) apresenta-se como diretriz para a prevenção dos fatores de risco das DANT e para a promoção da saúde da população com vistas a superar desigualdades em saúde. Em 2014 é lançada pela Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan) a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade (Estratégia Obesidade) (BRASIL, 2011a; BRASIL 2014).

Na dimensão das ações voltadas à atenção à obesidade em crianças e adolescentes, em 2014 o Brasil, em conjunto com outros países da América Latina, assinou o Plano de Ação para a Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes. Em 2017 há o lançamento do Programa Crescer Saudável que busca, no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE) e em 2021 o lançamento da Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA) busca deter o avanço da obesidade infantil e contribuir para o cuidado e melhoria da saúde e da nutrição das crianças (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2021d).

Estratégias de cunho regulatório são exemplos de ações de proteção, como a promoção de rotulagem mais clara e informativa, o incentivo à criação de ambientes institucionais, como escolas ou hospitais, que promovam uma alimentação adequada e saudável, bem como a melhoria do perfil nutricional dos alimentos (BRASIL, 2013a). Além das estratégias de cunho regulatório, guias alimentares se apresentam como diretrizes oficiais para a promoção da alimentação adequada e saudável e podem se configurar como importantes ferramentas para a prevenção da obesidade (BORTOLINI et al., 2019)

O monitoramento da implementação de políticas e planos de ação ainda é um desafio em todas as regiões e países. Para contribuir na superação de tal desafio, foi criado o INFORMAS (International Network for Food and Obesity/Non-communicable Diseases Research, Monitoring and Action Support) com vistas a apoiar o monitoramento da implementação de políticas e identificação de boas práticas que podem servir como exemplos para catalisar ações governamentais para reduzir a obesidade (SWINBURN et al., 2013; VANDEVIJVERE et al., 2017). O desenvolvimento desta pesquisa contribui para um processo permanente de avaliação de políticas de modo a refletir sobre as melhores práticas para prevenção e controle da obesidade.

4.2 Objetivos

Este artigo tem como objetivo identificar e comparar o nível de implementação de políticas e ações de promoção de ambientes alimentares saudáveis no estado do Rio de Janeiro com base nas melhores práticas internacionais e estabelecer prioridades de ação no nível do governo estadual.

4.3 Métodos

O Food-EPI foi conduzido de forma local no período de abril de 2023 a julho de 2024. O processo seguiu o protocolo proposto pela Universidade de Auckland, com

alguns ajustes considerando a aplicação em âmbito subnacional. O processo de avaliação ocorreu em seis etapas, a saber: (1) adaptação da ferramenta para âmbito local; (2) revisão abrangente de ações e políticas públicas relacionadas ao tema por meio de consulta a documentos oficiais (portarias, leis, decretos, relatórios de avaliação de política etc); (3) validação das informações coletadas com especialistas para rankeamento do nível de implementação das ações locais à luz de boas práticas internacionais; (4) comparação de ações locais com as melhores práticas internacionais e avaliação de seu nível de implementação; (5) proposição pelos especialistas de um conjunto de ações para melhoria das políticas públicas atuais e (6) priorização das proposições considerando sua importância e factibilidade.

O conjunto de especialistas participantes foi composto por pesquisadoras/es, gestoras/es, profissionais com experiência em saúde coletiva e integrantes de organizações da sociedade civil que atuam na agenda. Os especialistas foram elencados de acordo com a área de expertise, de modo a garantir que cada participante tenha conhecimento técnico suficiente para a avaliação da implementação local frente ao cenário internacional, além de não possuírem conflitos de interesse, aqui definidos como não estabelecendo relação com o setor privado na produção de produtos ultraprocessados.

4.4 Descrição da aplicação do Food-EPI

O estágio de adaptação da ferramenta, identificação, leitura e organização dos documentos oficiais ocorreu entre abril de 2023 e fevereiro de 2024. A validação, comparação das ações, proposição e priorização das informações coletadas com especialistas ocorreu em oficina realizada de forma presencial no mês de abril de 2024.

O Food-EPI é formado por um componente relacionado às políticas e outro relacionado à institucionalidade, totalizando treze domínios. Os domínios relacionados às políticas são: (1) composição de alimentos, (2) rotulagem de alimentos, (3) promoção dos alimentos, (4) preço dos alimentos; (5) provisão dos alimentos, (6) varejo de alimentos e (7) comércio de alimentos. Já aqueles ligados a

institucionalidade são: (8) liderança, (9) governança, (10) monitoramento e informação, (11) recursos e financiamento, (12) plataformas de interação e (13) saúde em todas as políticas. Os dados coletados foram compilados em uma planilha de Excel, organizada pelos domínios descritos, contendo o link para acesso aos documentos. Logo após, foi realizada a validação das evidências coletadas nos documentos oficiais sobre políticas, estratégias e ações analisadas por meio do envio para representantes dos setores governamentais responsáveis pelo formulário online. Foi solicitado aos gestores a ratificação, retificação e complementação da lista de ações catalogadas de modo a possibilitar a inclusão de novas políticas, atualização das mesmas ou mesmo exclusão daquelas extintas ou paralisadas no momento da coleta a fim de gerar a lista final de documentos. O grau de implementação das políticas e ações foi avaliado, por meio de painel de especialistas de forma presencial, a partir da comparação entre a realidade local (estadual) e as melhores práticas em curso internacionalmente. As boas práticas encontram-se elencadas no documento referência do INFORMAS/Food-EPI, elaborado a partir das informações do sistema NOURISH, mantido pelo Fundo Mundial de Pesquisa do Câncer (HAWKES et al., 2013; WCRF, 2018), bem como o banco de dados global do INFORMAS (SWINBURN et al., 2014; VANDEVIJVERE et al., 2017). Para cada um dos domínios foram listadas as iniciativas locais, seguidas das melhores práticas. Para cada ação foi apresentada a seguinte questão aos especialistas: “Pela sua experiência e conhecimento, de acordo com a ação desenvolvida pelo Estado do Rio de Janeiro e a melhor prática em curso, avalie o grau de implementação da política local.” O grau de implementação foi avaliado por meio de uma escala de 5 pontos, com gradações variando de 0 a 100%, em intervalos de 20% (<20%; entre 20-40%; entre 41-60%; entre 61-80%; e entre 81-100%), além da opção “Não sei avaliar”. Após a etapa de avaliação do grau de implementação das ações, as respostas foram classificadas de acordo com o conteúdo recebido, com pontuação variando de 0 a 100%. Aqueles subdomínios que não apresentaram ações listadas, não foi realizada a avaliação, portanto foi atribuída pontuação zerada. Logo após a avaliação sobre o grau de implementação das ações, os especialistas foram convidados a propor ações concretas para melhorar a qualidade dos ambientes alimentares. As propostas elencadas foram organizadas de acordo com os 13 domínios e posteriormente os especialistas priorizaram as ações com base em dois critérios centrais: “importância” (para atingir e/ou avançar em

relação àquele tema) e a “factibilidade” (nível de viabilidade, possibilidade de implementação). Cada avaliador teve um total de pontos equivalente ao número de ações, multiplicável por 5, para o quesito “importância da ação” ; e um total de pontos equivalente ao número de ações, multiplicável por 5, para o quesito “factibilidade da ação” das ações a serem desenvolvidas em âmbito local. Foi solicitado aos especialistas a distribuição da pontuação de acordo com a sua avaliação podendo os pontos ser concentrados em uma ação específica ou dividido entre eles.

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE de número 46577420.8.0000.5282

4.5 Análise de dados

Para a avaliação do grau de implementação das ações frente às melhores práticas, a pontuação média dos especialistas foi calculada. A confiabilidade entre avaliadores (coeficiente AC2 de Gwet) foi calculada usando o ambiente de software R. No exame das diretrizes, testamos a distribuição dos dados usando o teste de Shapiro – Wilk como indicado no protocolo do estudo. Os indicadores foram classificados em quatro níveis de implementação: “muito baixo” (<25%), “baixo” (26%–50%), “médio” (51%–75%) e “alto” (>75%). Para a priorização de ações, os especialistas avaliaram as propostas de acordo com dois critérios: importância (que leva em consideração a necessidade, o impacto, a equidade e outros efeitos positivos e negativos) e a factibilidade (que considera os seguintes aspectos: a viabilidade, a aceitabilidade, a acessibilidade e a eficiência), pontuando cada critério independentemente. A priorização foi realizada a partir de ambas as avaliações, elegendo as propostas com maior importância e maior factibilidade. As ações foram classificadas da prioridade mais alta para a mais baixa.

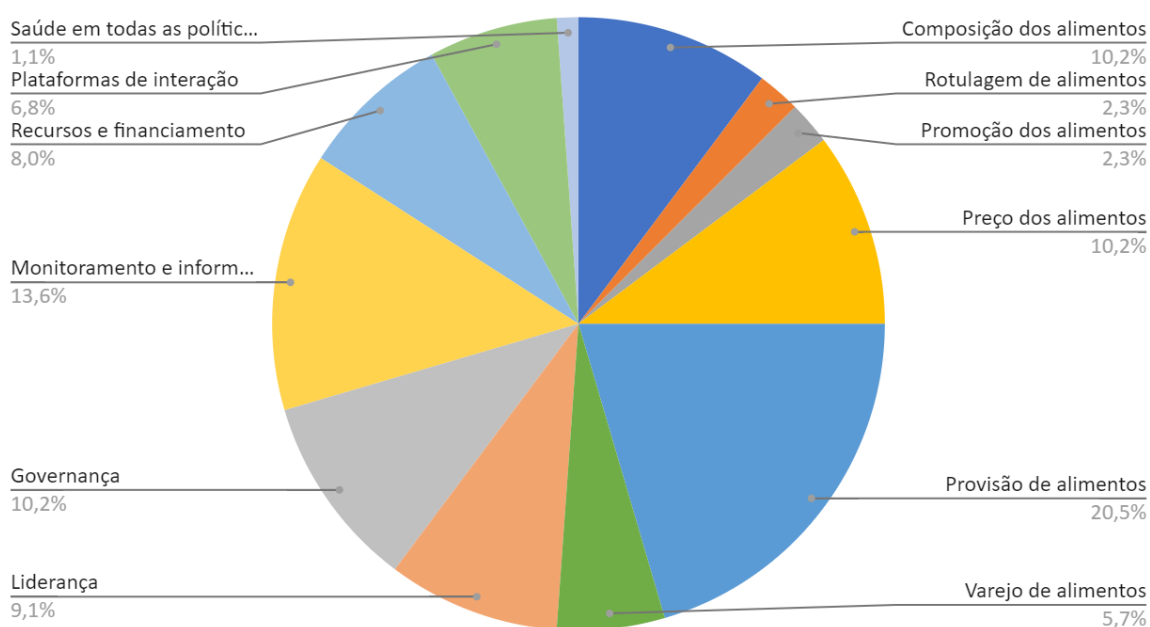
4.6 Resultados

- Nível de implementação das políticas públicas estaduais

Foram identificadas 88 referências oficiais (Apêndice I), a partir da busca em sites oficiais e documentos públicos dos diferentes órgãos do governo do Estado do Rio de Janeiro responsáveis pelas ações previstas nos domínios. A **Figura 4** mostra que os domínios que mais se destacaram em termos de benchmarks associados foram os de provisão de alimentos (20,5%) e de monitoramento e informação (13,6%). Os domínios de composição e preços de alimentos, além de governança corresponderam respectivamente a 10,2% das ações e políticas encontradas. Vale ressaltar que o domínio de “comércio de alimentos” não teve referência oficial e o domínio “saúde em todas as políticas” apresentou uma referência (1,1%).

Figura 4 - Número de ações desenvolvidas pelo estado do Rio de Janeiro por domínio

Documentos/ações



Fonte: elaboração da autora

4.7 - Avaliação de especialistas sobre a extensão da implementação de políticas governamentais em relação às melhores práticas.

O processo de avaliação de especialistas contou com um conjunto de 13 participantes. No quadro 8 é possível observar o grau de implementação das políticas públicas de ambientes alimentares no Estado do Rio de Janeiro. Dos 46 subdomínios, 10 não puderam ser avaliados por não terem sido encontradas ações listadas, resultando em 36 sub-domínios, que foram comparados com as melhores práticas internacionais. Desses, 2,8% (n=1) foi classificado como “muito baixo”, 52,8% (n=19) como de “baixa” implementação, 27,8% (n=10) nível “médio” de implementação, enquanto apenas 16,6% (n=6) das ações foram consideradas com “alto nível” de implementação, sendo 3 delas situadas no domínio de governança.

Quadro 8 - Grau de implementação de políticas públicas para ambientes alimentares, Rio de Janeiro, 2023

Componente	Domínios	Sub-domínios	Muito baixo ≤25%	Baixo 26-50%	Médio 51 - 75%	Alto >75%
Política	Composição dos alimentos	1.1 Alteração da composição de alimentos processados				
		1.2 Composição de alimentos/refeições fora de casa				
	Rotulagem de alimentos	2.1 Declaração da lista de ingredientes/nutrientes				
		2.4 Rotulagem nutricional de cardápio				
	Promoção dos Alimentos	3.1 Restrição de promoção de alimentos não saudáveis para crianças (na mídia)	*			
		3.2 Restrição de promoção de alimentos não saudáveis para crianças (outros meios)				
		3.3 Restrição de promoção de alimentos não saudáveis para crianças em ambientes (ex. escolas)				
	Preço dos alimentos	4.1 Redução de impostos de alimentos saudáveis				

		4.2 Aumento de impostos de alimentos não saudáveis	*				
		4.3 Subsídios para alimentos saudáveis					
		4.4 Transferência de renda para acesso a alimentos saudáveis					
	Provisão de alimentos	5.1 Políticas para ampliar escolhas saudáveis em escolas					
		5.2 Políticas para ampliar escolhas saudáveis no setor público					
		5.3 Apoio e treinamento no setor público					
		5.4 Apoio e treinamento em escolas					
		5.5 Apoio e treinamento para o setor privado					
	Varejo de alimentos	6.1 Zoneamento territorial para comércio de alimentos não saudáveis *	*				
		6.2 Zoneamento territorial para comércio de alimentos saudáveis					
		6.3 Promoção da disponibilidade de alimentos saudáveis no varejo *	*				
		6.4 Promoção da disponibilidade de alimentos saudáveis em restaurantes e similares *	*				
	Comércio de alimentos e investimentos	7.1 Avaliação do impacto na saúde de acordo comerciais *	*				
		7.2 Proteção da capacidade regulatória do Estado para promover a nutrição da população *	*				
Institucionalidade	Liderança	8.1 Apoio político da agenda para alimentação saudável					
		8.2 Objetivos explícitos para ampliar o consumo de nutrientes saudáveis					

	8.3 Diretrizes nutricionais baseadas em alimentos *	*			
	8.4 Estratégia de implementação ampla e abrangente				
	8.5 Prioridades para reduzir desigualdades em saúde				
Governança	9.1 Restrição das influências comerciais no desenvolvimento de políticas				
	9.2 Uso de evidências na formulação das políticas de A&N				
	9.3 Transparência no desenvolvimento das políticas de A&N				
	9.4 Acesso a informações governamentais				
Monitoramento	10.1 Monitoramento dos ambientes alimentares				
	10.2 Monitoramento do estado nutricional e consumo alimentar				
	10.3 Monitoramento do sobrepeso e da obesidade				
	10.4 Monitoramento da prevalência das DCNT e fatores de risco				
	10.5 Avaliação das políticas e programas				
	10.6 Monitorar o progresso da redução das desigualdades em saúde				
Recursos e Investimentos	11.1 Financiamento da promoção alimentação saudável a nível populacional				
	11.2 Financiamento de pesquisas de prevenção de obesidade e DCNT				
	11.3 Agência/departamento oficial de promoção da saúde				

Plataformas de Interação	12.1 Coordenação entre governo federal e governos locais				
	12.2 Plataformas de interação entre governo e setor produtivo de alimentos *	*			
	12.3 Plataformas de interação entre governo e sociedade civil				
	12.4 Abordagens sistêmicas para a prevenção da obesidade				
Saúde em todas as políticas	13.1 Avaliação dos impactos das políticas de A&N na saúde pública	*			
	13.2 Avaliação dos impactos das demais políticas na saúde pública				

* Subdomínio sem ação listada

Fonte: elaboração da autora

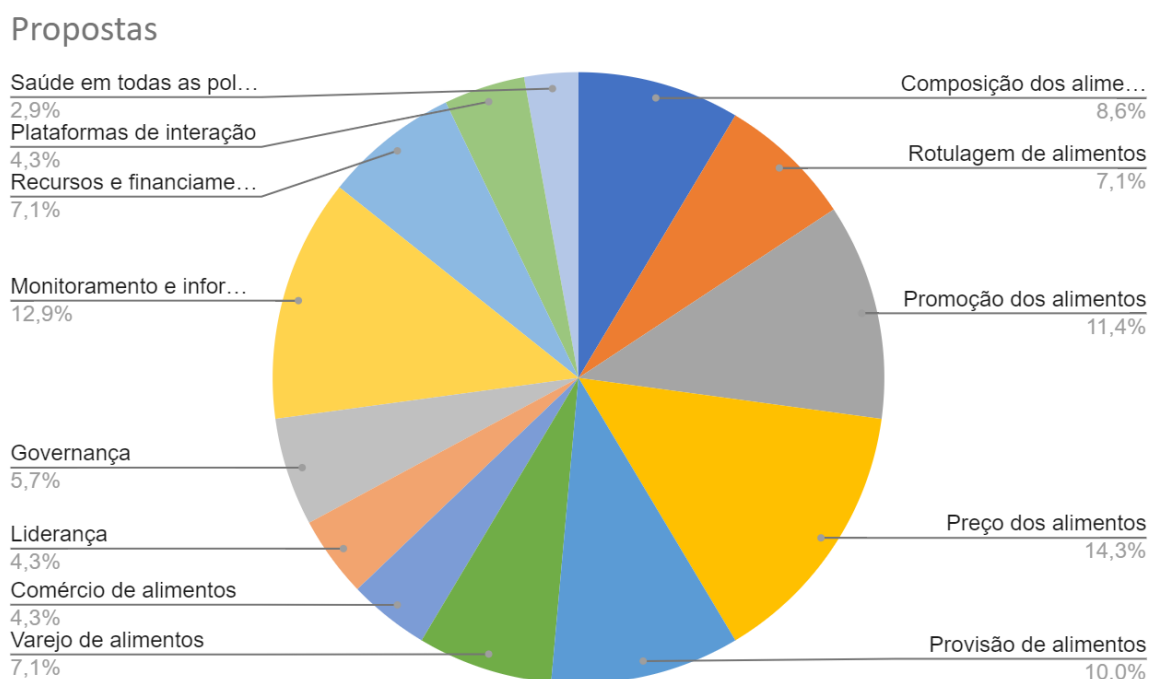
Ao analisar os domínios referentes ao componente de políticas (domínios de 1 a 7) nenhuma ação apresentou um “alto grau” de implementação, com especial destaque às ações referentes à rotulagem e promoção de alimentos que foram classificadas com muito baixa implementação pelos especialistas. As ações avaliadas com maior grau de implementação estão concentradas no domínio de “provisão de alimentos”. Já no componente de institucionalidade (domínios de 8 a 13) destaca-se, com maior grau de implementação, o domínio de governança. O domínio de monitoramento apresentou “médio” grau de implementação em comparação com as melhores práticas.

- Ações prioritárias para melhoria dos ambientes alimentares

Os especialistas propuseram um total de 70 ações a serem implementadas pelo governo do estado do Rio de Janeiro para melhoria dos ambientes alimentares, (Apêndice II) com distribuição percentual por domínio demonstrada na Figura 5 Destaca-se que os domínios de preços dos alimentos (14,3%), monitoramento e informação (12,9%), promoção dos alimentos (11,4%) e provisão dos alimentos (10%)

foram os que concentraram um maior número de propostas oferecidas. Os domínios que menos receberam propostas de especialistas foram os de plataformas de interação (4,3%) e saúde em todas as políticas (2,9%).

Figura 5 - Número percentual de propostas por domínio



Fonte: elaboração da autora

Tabela 1 - Propostas priorizadas, com base em critérios de importância e viabilidade, Rio de Janeiro, 2024.

Políticas	
Domínio 1 - Composição de Alimentos	
COMP1	Definição de padrão de nutrientes críticos para os alimentos mais consumidos pela população fluminense
COM2	Redução do percentual de açúcar e sódio de alimentos processados e AUP
COM3	Obrigatoriedade de redução de sal (proibição de temperos pontos) em refeições de restaurantes comerciais
COM4	Criação de obrigatoriedade de apresentação de composição dos alimentos e refeições disponibilizadas na adm. pública (incluindo eventos)
COM5	Reduzir o uso de AUP na alimentação escolar
COM6	Sistemas de treinamento e apoio para que estabelecimentos que comercializam alimentos forneçam mais alimentos saudáveis
Domínio 2 - Rotulagem de alimentos	
ROT1	Cardápios com informações nutricionais obrigatórias
ROT2	Melhorar a exposição dos cardápios

- ROT3 Obrigatoriedade de apresentação da composição nutricional nos cardápios de restaurantes
- ROT4 Lei que exija a identificação frontal de cardápios de lanchonetes e restaurantes ou no modelo semafórico e que se estenda às cantinas escolares
- ROT5 Ação de divulgação para população para tv e rádio
- Domínio 3 - Promoção de alimentos
- PRO1 Proibição de propaganda com horário específico para evitar divulgação para público infantil
- PRO2 Ampliar o alcance da iniciativa 0177 do PPA 2024-7 de forma a alcance gestores municipais para secretarias para além da assistência social
- PRO3 Restrição de publicidade e de brindes
- PRO4 Proibição de AUP em unidades do poder público estadual
- PRO5 Regular e fiscalizar a Lei 4508 de 2005 especialmente em locais de grande circulação de pessoas e escolas privadas
- PRO6 Ampliar número de centrais de abastecimento e bancos de alimentos de forma a apoiar a logística para aquisição de gêneros da agricultura familiar
- PRO7 Taxação sobre alimentos não saudáveis e diminuição de taxas de alimentos saudáveis
- PRO8 Criação de políticas de restrição a exposição de alimentos não saudáveis.
- Domínio 4 - Preço dos alimentos
- PREÇ1 Revisão da composição dos alimentos da lei da cesta básica estadual levando em consideração o decreto nacional de cesta básica
- PREÇ2 Não financiamento a produtos que promovam DCNT
- PREÇ3 Retirar a isenção fiscal de empresas que ameaçam a SAN
- PREÇ4 Desonerar os alimentos in natura e minimamente processados origem agroecológica com objetivo de reduzir o preço dos alimentos
- PREÇ5 Taxação de alimentos ultraprocessados
- PREÇ6 Aumento da tributação dos agrotóxicos
- PREÇ7 Retorno do Supera RJ e criação de incentivos nas regiões dos desertos alimentares
- PREÇ8 Incentivo ao pequeno produtor de alimentos com redução de taxas para comercialização da produção
- PREÇ9 Fomento ao acesso à água em populações de risco
- PREÇ10 Debates acerca dos impostos sobre o preço dos alimentos
- Domínio 5 - Provisão de alimentos
- PROV1 Aumentar oferta de restaurantes populares especialmente em áreas de vulnerabilidade social e/ou concentração de trabalhadores
- PROV2 Ampliar aquisição de produtos da agricultura familiar em estabelecimentos
- PROV3 Priorizar vias vicinais para escoamento de alimentos de pequenos produtores
- PROV4 Proibir máquinas de vendas em estabelecimentos de saúde e escolas
- PROV5 Universalização do direito a escolas integrais e creches públicas
- PROV6 Selo de alimento saudável com divulgação massiva
- PROV7 Inserção de frutas no programa café do trabalhador
- Domínio 6 - Varejo de alimentos
- VAR1 Criação de ônibus varejão de alimentos para áreas de maior vulnerabilidade social
- VAR2 Criação de áreas de zoneamento de regime oferta de AUP no entorno de equipamentos públicos como escolas, unidades de saúde e unidades de saúde e assistência social
- VAR3 Proibir venda de produtos não saudáveis em farmácias
- VAR4 Incentivar que os municípios estabeleçam feiras em áreas de desertos alimentares e incentivar a criação de feiras noturnas
- VAR5 Criar uma plataforma pública para delivery
- Domínio 7 - Comércio de alimentos

COM1	Reduzir impostos para locais que vendam predominantemente FLV
COM2	Fornecimento de subsídio estadual para alimentos promotores de saúde (linha de crédito AGE RIO por exemplo)
COM3	Rígido monitoramento a federações de comércio

Institucionalidade

Domínio 8 - Liderança

LID1	Criar Câmara de Monitoramento da Linha de Cuidado da obesidade
LID2	Atualizar o plano estadual de enfrentamento das DANTS
LID3	Estado publicizar documentos sobre avaliação nutricional e boletins

Domínio 9 - Governança

GOV1	Disponibilizar curso voltado ao controle social voltando ao monitoramento do SISVAN pelo Telessaúde
GOV2	Recomposição efetiva das equipes de gestão de políticas públicas de alimentação e nutrição
GOV3	Relatórios de gestão com dados de todas as faixas etárias
GOV4	Criar a CIAN estadual

Domínio 10 - Monitoramento

MON1	Fortalecer o controle social na saúde (implantar CIAN junto aos conselhos municipais de saúde)
MON2	Ações de monitoramento do plano estadual de SAN
MON3	Unificar os sistemas de informação em saúde
MON4	Incentivo a ampliação da circulação de dados sobre estado nutricional e cruzamento deles
MON5	Monitorar NBCAL via vigilância sanitária
MON6	Ampliar cobertura do SISVAN com recursos materiais e humanos
MON7	Incentivo financeiro para aplicação de monitoramento do consumo alimentar
MON8	Ações de intervenção do estado em escolas privadas e públicas para o monitoramento do cumprimento da lei
MON9	Incluir áreas como vigilância sanitária

Domínio 11 - Recursos e investimentos

REC1	Garantir orçamentos para pesquisas em SAN
REC2	Ampliar fundos governamentais para pesquisa de forma a incluir todas as regiões do ERJ e representar todos os 92 municípios
REC3	Criar FAN estadual para municípios do RJ
REC4	Criação de fundo para reforma/construção de áreas com brincadeiras ativas em escolas
REC5	Criar fundo estadual de SAN

Domínio 12 - Plataformas de interação

PLA1	Estabelecer mecanismos para aproximar e alinhar gestões municipais a gestão estadual (Caisan estadual com Caisan locais)
PLA2	Fortalecimento da interlocução entre as políticas (intersectorialidade)
PLA3	Participação de todas as secretarias efetivamente nas ações

Domínio 13 - Saúde em todas as políticas

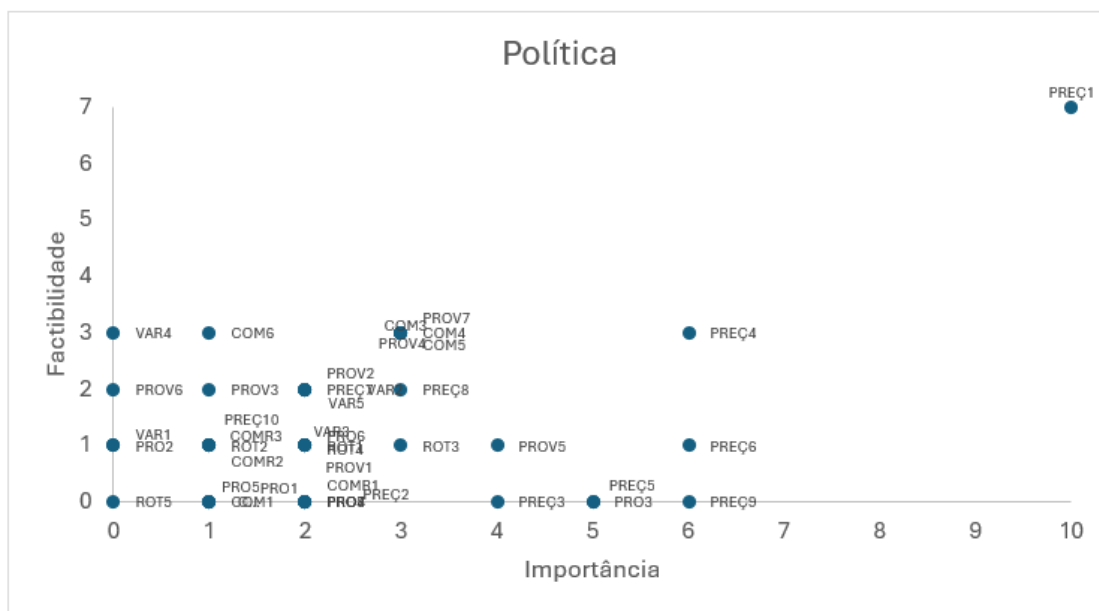
SAU1	Editais FAPERJ para avaliar impacto das políticas na saúde
SAU2	Criar marco de avaliação de impacto das políticas na saúde

Fonte: elaboração da autora

O painel de especialistas sugeriu 70 propostas, descritas na Tabela 1, sendo 2/3 delas situadas no componente políticas (n=44) e 1/3 no eixo institucionalidade (n=26). No componente políticas praticamente metade das propostas (43,2%)

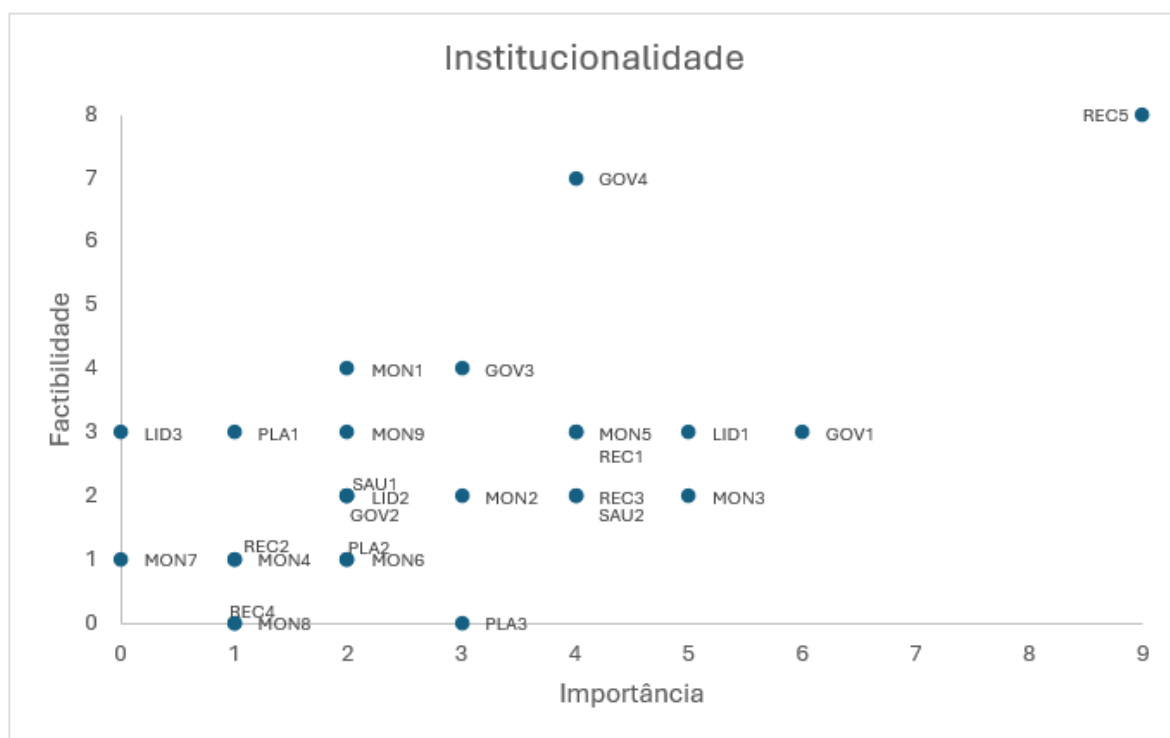
estavam situadas nos domínios “Comercio” e “Preço”, enquanto que no eixo institucionalidade mais de metade das propostas (53,8%) estão concentradas em dois domínios: “monitoramento” e “Recursos e investimentos”.

Figura 6 - Distribuição da priorização de propostas do componente política



Fonte: elaboração da autora

Figura 7 - Distribuição da priorização de propostas do componente institucionalidade



Fonte: elaboração da autora

Ao analisar as propostas priorizadas a partir dos critérios de importância e factibilidade, a proposta “Revisão da composição dos alimentos da Lei da cesta básica estadual levando em consideração o decreto nacional de cesta básica” foi eleita como a mais importante e a mais factível dentre aquelas elencadas no componente “Políticas” (Figura 6). Nesse componente as propostas relacionadas ao domínio de “Preço dos alimentos” aparecem como as de maior importância e no quesito factibilidade as mais bem pontuadas estão nos domínios “Composição dos alimentos”, “Provisão” e “Varejo dos alimentos”. No componente “Institucionalidade” (Figura 7) a proposta com maior pontuação nos dois quesitos foi “Criar fundo estadual de SAN” e está relacionada ao domínio “Recursos e investimentos” a seguida pela proposta “Criar a CIAN estadual”, relacionada ao domínio “Governança”. Dentre àquelas listadas, independentemente, como mais importantes e mais factíveis, estão relacionadas aos eixos “Liderança”, “monitoramento” e “Governança”.

Ao analisar as propostas priorizadas a partir dos critérios de importância e factibilidade, observamos que os domínios de “composição de alimentos”, “preço dos

alimentos”, “liderança” e “recursos e investimentos” convergem na classificação de propostas quanto aos critérios apresentados. Cabe detalhar que a proposta considerada mais factível dentro do domínio de “promoção de alimentos”, a saber *“Ampliar o alcance da iniciativa 0177 do PPA 2024-7 de forma a alcançar gestores municipais para secretarias para além da assistência social”*, diz respeito a uma iniciativa constante no Plano Plurianual do Estado do Rio de Janeiro (PPA) no exercício de 2024 a 2027 que objetiva “Promover a assistência aos cidadãos em estado de vulnerabilidade. Acolher indivíduos afastados do núcleo familiar, bem como para famílias que se encontram em situação de abandono, ameaça ou violação de direitos” e está a cargo da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e de Direitos Humanos (SEDSODH) para sua execução. A proposta enseja, portanto, que tal iniciativa também seja executada por outras secretarias, de modo a fomentar a intersectorialidade e fortalecendo o entendimento de sua necessidade para ações que busquem a consecução de uma alimentação adequada e saudável. Quando exploramos a natureza das ações elencadas como mais factíveis, constata-se que a maior parte delas se relaciona com a necessidade de regulamentação por meio de leis, a exemplo de *“Revisão da composição dos alimentos da lei da cesta básica estadual levando em consideração o decreto nacional de cesta básica”* e *“Desonerar os alimentos in natura e minimamente processados origem agroecológica com objetivo de reduzir o preço dos alimentos”*, ou mesmo *“Criar fundo estadual de SAN”*.

4.8 Discussão

A obesidade, enquanto um relevante problema de saúde pública tem ocupado uma centralidade tanto nas discussões científicas quanto nas propostas de políticas públicas para seu cuidado. A existência de políticas públicas para o enfrentamento a este agravo é de suma importância para o cuidado das populações, porém a verificação de sua implementação se mostra altamente relevante para o processo de avaliação de políticas e possíveis ajustes ou mesmo redefinição de rotas.

Para a aplicação do protocolo Food EPI numa escala sub-nacional (Estado do Rio de Janeiro) foram necessárias algumas adaptações dos subdomínios apresentados. O FoodEPI é uma ferramenta padronizada mas adaptações já foram

observadas em outros cenários, como na experiência Canadense, que aplicou o protocolo em escala sub-nacional e agregou novos sub-domínios (Official Report of the Local Food-EPI Project Spring 2019), na Alemanha, que aplicou nacionalmente e agregou subdomínios por conta da organização local das políticas públicas (UNIVERSIDADE DE MUNIQUE, 2021) e na China que realizou uma adaptação transcultural e avaliou apenas o componente de políticas (UNIVERSIDADE DE PEQUIM, 2024). O presente estudo decidiu pela exclusão de quatro subdomínios do protocolo, referentes aos domínios de “composição de alimentos” e de “rotulagem de alimentos” por se tratarem de atividades que, no contexto brasileiro, são executadas em âmbito federal.

Na etapa de levantamento das ações executadas, nota-se a predominância de ações identificadas nos domínios de “provisão de alimentos” e de “monitoramento e informação”, essa característica pode ser explicada pela adesão, por parte do ERJ, às induções promovidas pela esfera federal, considerando que as ações identificadas em “provisão” dialogam com as políticas de SAN, uma agenda fortemente retomada a partir de 2022, e aquelas ligadas a “monitoramento e informação” demonstram ações ligadas às ações de vigilância em saúde, em especial as de vigilância alimentar e nutricional e produção de relatórios que baseiam a tomada de decisões, demonstrando uma adesão do ERJ ao preconizado na PNAN. Por outro lado, alguns domínios tiveram um número muito pequeno de ações, com destaque aos domínios “Rotulagem de alimentos”, “Promoção dos alimentos” e “Saúde em todas as políticas”, o que pode ser entendido como falta de protagonismo do ente estadual nestas agendas, além do fato de 2 subdomínios do “Varejo de alimentos” e os dois do “Comércio de alimentos e investimentos” não terem ações identificadas, com comportamento semelhante ao encontrado no cenário nacional (RECINE et al., 2024), denotando o não reconhecimento dessas ações como espaço de atuação e indução do poder público.

Na comparação do Grau de implementação das ações elencadas frente às melhores práticas, no componente de políticas, 80% foram avaliados como “muito baixa” ou “baixa” implantação, indicando lapsos no que se refere a políticas que buscam alinhar a política de preços dos alimentos com os objetivos da saúde pública de modo a facilitar escolhas alimentares mais saudáveis. Os domínios referentes às

ações de varejo e comércio de alimentos no ERJ seguem a tendência nacional de baixa implementação, dialogando com os achados de Recine e colaboradores (2024) que evidenciaram um nível baixo ou mesmo nenhum nível de implementação nas políticas nacionais. Sendo assim, este achado expõe que o ERJ não empreende ações que regulem a densidade e localização de comércios de modo a ampliar a oferta de alimentos saudáveis em detrimento dos não saudáveis. Tais ações podem se dar por meio de leis e políticas robustas de zoneamento para impor limites à densidade ou à instalação de estabelecimentos que vendem principalmente alimentos não saudáveis nas comunidades, ou mesmo por meio de incentivo para ampliação, por parte dos estabelecimentos comerciais, da disponibilidade de alimentos saudáveis. Iniciativas desta natureza são listadas como boas práticas internacionais em países de alta renda como a Coreia do Sul, Irlanda e Estados Unidos, especialmente no entorno de escolas, porém é necessário que se observe a factibilidade de sua execução em realidades como as do ERJ, onde há uma expressiva expansão do poder armado das chamadas milícias sobre territórios, populações e mercados nas últimas duas décadas (HIRATA et. al, 2022). Em seu estudo que se debruça sobre a base política e econômica das milícias na cidade do Rio de Janeiro e os efeitos da regulamentação governamental dos mercados legais e ilegais, Hirata e colaboradores (2022) detalham sobre o percurso de crescimento das milícias de extorsão na cidade em comparação com o “modelo” até então mais recorrente de dominação territorial que se concentrava nas disputas entre facções ou comandos bem armados e seus confrontos com a polícia. Nota-se que a operação da milícia instalada em favelas e bairros pobres da cidade se dá por meio da extorsão ilegal de mercados de serviços essenciais, como o fornecimento de água, energia elétrica, gás de cozinha e TV a cabo, transporte público, segurança e moradia. Soma-se a este fato que o exercício de controle sobre tais territórios, mercados e populações se concretiza com práticas coercitivas como ameaças, espancamentos, tortura e assassinato. Dados recentes revelam que 57,5% do território da capital fluminense é controlado por milícias, 25,2% do território está em disputa, 15,4% está sob controle do tráfico e apenas 1,9% não sofre influência de grupos criminosos (CNN, 2020). Frente a gravidade do cenário exposto, pensar em intervenções que interfiram no zoneamento de áreas e que impõe a restrição da presença de determinados tipos de estabelecimentos torna-se uma empreitada audaciosa e com grandes possibilidades

de descompasso com a realidade. Evidenciamos, portanto, a necessidade de reavaliação das propostas de intervenção em ambientes alimentares de modo que elas dialoguem com a realidade dos territórios.

Quanto ao comércio, os achados apontam um baixo interesse quanto a certificação governamental de acordos de comércio e investimentos que busquem proteger a segurança alimentar e nutricional, favorecendo ambientes alimentares saudáveis. Sem perder de vista a influência dos determinantes comerciais e na contribuição das atividades das grandes corporações de alimentos e bebidas (Big Food e Big Soda) no cenário de agravamento das DCNT, ressaltamos que este domínio se mostra especialmente sensível. Sendo assim, a sinergia de nossos achados com os FoodEPI nacional evidenciam que o cenário local reproduz os desafios federais no que tange aos desafios enfrentados para a resistência a estratégias utilizadas pelas Big Food e Big Soda, como moldar a política governamental de maneira favorável aos seus interesses, para influenciar as escolhas alimentares de consumidores (IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, 2022).

O domínio de “provisão de alimentos” apresenta o subdomínio de “Políticas para ampliar escolhas saudáveis em escolas”, onde uma das ações identificadas foi a execução do PNAE no ERJ. Embora o programa esteja implementado em todas as escolas do RJ sua oferta é constantemente atravessada pelo cenário de violência, sobretudo em territórios de violência deflagrada, como as favelas. Segundo o Boletim Direito à Segurança Pública na Maré, referente ao ano de 2023, aconteceram 34 operações policiais naquele ano, resultando em 25 dias sem aula (com 8.100 crianças sem aula e 20 escolas fechadas em média por operação). Os dados revelam ainda que 76% das operações policiais são realizadas dentro do perímetro escolar, o que na prática representa a circulação de veículos blindados e policiais a pé transitando no perímetro escolar. Cabe ressaltar que em decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) houve a definição de limitações para a realização de operações policiais em comunidades do Estado do Rio de Janeiro, o que inclui que as mesmas não ocorram em horário escolar, com vistas à redução da letalidade policial e ao controle de violações de direitos humanos pelas forças de segurança. Recentemente, o governo do ERJ declarou ao Supremo Tribunal Federal sua decisão de não cumprir as

restrições de operações policiais em áreas próximas a escolas, alegando que por questões de “segurança e logística” optará por “capacitar os funcionários da escola” em situações de tiroteio (AMADO, 2024). Destacamos ainda que sob a gestão do atual governador do ERJ, Cláudio Castro, houve recorde do número de operações policiais (ZARUR, 2023) e de sua letalidade conforme aponta o estudo de Hirata e colaboradores (2021). Neste sentido salientamos a gravidade de tais contextos que influenciam diretamente na consecução das políticas públicas e contribuem com o cenário de violação de direitos - em especial os de educação, alimentação, dignidade, liberdade e à convivência comunitária- considerando o artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente. Para além das questões referentes à efetiva execução do PNAE nestes territórios, há uma série de questões que atravessam o acesso e consumo de alimentos em favelas. Rocha e colaboradores (2024), em estudo qualitativo que avaliou a percepção de moradores de favelas sobre o ambiente alimentar, descrevem fatores como a falta de informação sobre alimentação, renda insuficiente e baixa disponibilidade de estabelecimentos que comercializam alimentos saudáveis a preços acessíveis como barreiras enfrentadas para um acesso a uma alimentação adequada e saudável.

Já nos domínios relacionados ao componente de institucionalidade, o ERJ apresentou baixa implementação quanto à liderança, recursos e investimentos e saúde em todas as políticas. Particularmente quanto ao domínio de liderança, há uma franca oposição ao cenário nacional, onde esta agenda foi apontada pelos especialistas como de média e alta implementação. No ERJ, todos os subdomínios referentes a recursos e investimentos apresentaram baixo grau de implementação e aqueles relacionados à saúde em todas as políticas (13.1 e 13.2) apresentaram, respectivamente, 26% e 33% de implementação, ao passo que os resultados nacionais são de 55% e 0% de implementação. Destaca-se no domínio de liderança, a baixa implementação quanto ao apoio político para melhoria dos ambientes alimentares e priorização do governo para a redução das desigualdades em relação à alimentação, nutrição, obesidade e DCNT. As ações identificadas como sendo desenvolvidas no ERJ são referentes às missões (missões 1, 2 e 3) contidas no Planejamento Estratégico do Estado do Rio de Janeiro (PEDES) instrumento, publicado no ano de 2024, que orienta a elaboração do ciclo orçamentário e o desenvolvimento econômico e social do Rio de Janeiro, por meio dos eixos prioritários

de atuação. É organizado por missões, objetivos, metas, estratégias e ações setoriais de médio e longo prazos para o Governo do Estado. As missões foram estruturadas em oito eixos que dialogam com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e definem objetivos e as direções para a resolução de desafios, presentes e futuros, por meio da mobilização e articulação de diferentes atores e estratégias quanto ao desenvolvimento social, econômico e sustentável do Estado do Rio de Janeiro. As missões 1, 2 e 3 referem-se, respectivamente, à erradicação da pobreza, garantia de segurança alimentar e nutricional e segurança hídrica no território fluminense. Considerando a recente publicação do PEDES, entendemos que sua existência comunica a intencionalidade governamental de se priorizar tais ações, corroborando com a necessidade de reavaliação futura do nível de implementação de políticas públicas no ERJ. O domínio de governança apresentou níveis altos de implementação evidenciando que há transparência e uso de evidências científicas na formulação de políticas de alimentação e nutrição, aspectos que dialogam com uma adesão ao disposto na PNAN. Porém, apesar dos bons resultados, foi apontado pelos especialistas, sobre a necessidade de avanço em ações que previnam e mitiguem conflitos de interesses quanto às influências comerciais no desenvolvimento de políticas. O domínio de “saúde em todas as políticas” se mostra particularmente desafiador ao comparar nossos achados com aqueles apresentados pelo Food EPI Brasil, Noruega e Malásia que indicam baixos níveis de implementação. Disseminada pela Organização Mundial de Saúde, a abordagem de “Saúde em Todas as Políticas (Health in All Policies)” busca a melhora da saúde da população e a equidade a partir da transversalidade da consideração das implicações das decisões políticas sobre a saúde em todos os setores governamentais. Para tal exige a coordenação de ações e a formulação de planos estratégicos que possuam objetivos comuns, respostas integradas e uma distribuição da responsabilidade pelas diferentes esferas do governo. Compreendemos que a organização federativa do Estado brasileiro, e sua reprodução no federalismo sanitário, impõe uma série de obstáculos na garantia integral do direito à saúde, num país profundamente heterogêneo. De tal modo acreditamos que a fragmentação das políticas, financiamento insuficiente, relações complexas entre a esfera pública e o mercado, as fragilidades nos processos regulatórios e as desigualdades em saúde interferem diretamente nos níveis de implementação deste domínio.

A análise das propostas oferecidas pelos especialistas locais no componente de políticas dialoga com debates prementes relacionados com o comércio e preços dos alimentos. No momento de avaliação das ações o Brasil, impulsionado pela reforma tributária, se encontra mobilizado na definição dos alimentos que comporão a cesta básica nacional. Em março de 2024 foi assinado o Decreto nº 11.936 que “dispõe sobre a composição da cesta básica de alimentos no âmbito da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e da Política Nacional de Abastecimento Alimentar”, normativa que veta a presença de produtos alimentícios ultraprocessados na Cesta Básica Nacional de Alimentos e incorpora alimentos adequados, saudáveis e representativos da sociobiodiversidade- e fruto do trabalho de articulação da sociedade civil, o texto da reforma tributária passa a incluir a criação de uma cesta básica nacional em consonância com o disposto do decreto. A composição dessa cesta deve ser definida por meio de Lei Complementar e segue em amplo debate, e disputa por meio de ação política corporativa, sobre as alíquotas aplicáveis ou mesmo isenção de impostos dos alimentos que a comporão. A Lei nº 4.892/2006 dispõe sobre a cesta básica do ERJ e, ainda que tenha passado por algumas atualizações especialmente no período da Covid-19, foi apontado pelos especialistas a necessidade de sua atualização, apresentando-se como uma proposta com alta factibilidade. Estudo realizado no ano de 2007 por Da Silva e colaboradores com o objetivo de propor uma cesta básica formada somente por produtos alimentícios que atendessem algumas recomendações nutricionais, já apontava que o custo da cesta básica representava em média 87,5% do salário mínimo vigente. Segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), a cesta básica de alimentos na cidade do RJ apresentou uma importante elevação no mês de junho de 2024, custando ao carioca o valor de R\$796,67. Na comparação com o salário mínimo líquido atual verifica-se que o trabalhador remunerado pelo piso nacional comprometeu em média 54,31% de seu rendimento para adquirir os produtos alimentícios básicos (DIEESE, 2024).

Ainda em relação ao domínio “preço”, trazemos particular atenção a uma proposta elencada como alto grau de importância e baixo grau de factibilidade que propõe o fomento ao acesso à água em populações de risco. Tal avaliação por parte dos especialistas dialoga com os achados do I Inquérito de Insegurança Alimentar e Nutricional no município do Rio de Janeiro que mostrou que 15% da população

residente na cidade encontra-se em situação de insegurança hídrica. O ERJ vem protagonizando, especialmente a partir de 2020, um cenário de crise de qualidade de água, com relatos de problemas referentes à coloração, odor e sabor da água que chega nas residências causando episódios de náuseas, enjoos e diarreias. Tais alterações foram provocadas pela presença de geosmina na água (ÉTICA AMBIENTAL, 2020) que tem proliferação induzida por altas temperaturas, cenário cada vez mais frequente na atualidade, considerando as mudanças climáticas, e recorrentes ondas de calor no Rio de Janeiro, com temperaturas que ultrapassam os 44°C durante o verão (CORRÊA, 2024). Em quase todo o ERJ o abastecimento de água é realizado por empresas terceirizadas, públicas e privadas. Dentre as empresas destaca-se a Companhia Estadual de Águas e Esgotos (CEDAE), que já esteve presente em 62 municípios e atualmente está em 17 após o leilão da concessão de blocos para prestadoras privadas dos serviços de abastecimento de água e tratamento de esgotamento sanitário, como foi visto no I Plano Estadual De Segurança Alimentar E Nutricional Sustentável do Estado Do Rio De Janeiro.

As propostas apresentadas no componente de institucionalidade dialogam com a agenda da SAN e com a necessidade de fortalecimento da intersetorialidade, temáticas atuais e que necessitam de aprimoramento frente aos preocupantes achados de insegurança alimentar na população fluminense. A recente publicação do I Inquérito de Insegurança Alimentar e Nutricional no município do Rio de Janeiro - cidade na região metropolitana que concentra 75% da população do ERJ - mostra que, além da fome ser maior na população carioca e quase o dobro dos valores encontrados para o país (IA grave – Brasil = 4,1%, Estado do Rio de Janeiro = 3,1%; Inquérito de IA/RJ = 7,9%), há reprodução dos achados nacionais do inquérito da Rede PENSSAN ao se constatar que a fome tem gênero, cor e desigualdade territorial, evidenciando que os lares chefiados por mulheres negras e nas Áreas de Planejamento (AP) mais densamente populosas da cidade a insegurança alimentar grave é maior. (I INQUÉRITO SOBRE A INSEGURANÇA ALIMENTAR NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO). Quanto a agenda intersetorial e seu diálogo com a SAN, cabe ressaltar que o contexto de aplicação do Food EPI local mostra-se bem mais favorável quando comparado aos resultados nacionais que refletem um momento de profunda fragilidade desta agenda com a dissolução do CONSEA Nacional, ineficácia da CAISAN e o consequente declínio dos Planos de SAN do

Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) e da elaboração de um Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN). Vale ressaltar que mesmo diante de tal cenário nacional, em âmbito local, estas instâncias continuaram exercendo seus papéis e funções, ainda que não plenamente, com os municípios do ERJ prosseguindo em seus processos de solicitação de adesão ao SISAN, com atuais nove municípios já aderidos e três em processo de adesão. A publicação, no ano de 2023, do I Plano Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável do Rio de Janeiro (PLESANS-RJ) advém de um processo amplo e iniciado em 2018, tendo o documento passado inclusive por uma consulta pública, demonstrando um movimento do ERJ e seus municípios no sentido de comprometimento com a construção do SISAN. De uma maneira geral, considerando a distribuição da quantidade de propostas e resultados do processo de priorização, observamos que os especialistas forneceram contribuições que dialogam com a classificação do grau de implementação de políticas, com concentração de propostas nos componentes com piores desempenhos de implantação.

O presente estudo trata-se de um piloto de experimentação do protocolo Food EPI para a realidade sub-nacional, o que apresenta uma série de potencialidades e desafios. Entre os desafios apontamos o fato de que os domínios foram desenvolvidos para avaliar as ações, embora a maioria possa ser desenvolvida no âmbito estadual, outro desafio é a necessidade de constante atualização da lista de boas práticas internacionais, as quais, tendo sido desenvolvidas em países de alta renda, podem ter limitada semelhança e aplicabilidade em países de média e baixa renda. Além disso, a inclusão de iniciativas de experiências em outras esferas de governo também pode ser benéfica para o estabelecimento de metas para melhoria dos ambientes alimentares. A avaliação em saúde é um processo desafiador, para compreender os resultados é importante ressaltar que, para além das questões apontadas, também há a influência dos avaliadores, que no processo de avaliação pode transparecer, para além do conhecimento técnico, valores e percepções pessoais.

Enquanto potencialidades destacamos que a realização de uma análise local é capaz de identificar lacunas e iniciativas inovadoras na criação de políticas públicas saudáveis servindo como inspiração para aplicações em outras esferas de governo, portanto este estudo não pretende esgotar a temática. Entendemos que o

desenvolvimento e a aplicação das políticas são contexto-dependente e neste sentido recomendamos fortemente a aplicação do protocolo em demais estados brasileiros, com vistas a compor um panorama que apresente a heterogeneidade do Brasil. Além disso, a reaplicação da ferramenta no ERJ mostra-se particularmente necessária, não somente para fomentar uma cultura avaliativa, mas também para monitorar as ações do PPA, Pleasans e PEDES referentes à promoção da alimentação adequada e saudável.

4.9 Conclusão

Os resultados do Food Epi local no Estado do Rio de Janeiro apontam claramente que há importantes lacunas quanto à implementação de políticas para ambientes alimentares mais saudáveis, especialmente no que concerne a preços de alimentos. Ainda que a agenda de SAN tenha sido retomada a partir de suas instâncias formais no ano de 2023, os índices de insegurança alimentar entre a população, sobretudo carioca, ainda se mostram alarmantes e faz-se necessário discutir sobre estratégias para mitigação deste grave problema. Não podemos nos furtar ao debate sobre a falta de qualidade da alimentação da população brasileira e sua estreita relação com a crescente prevalência de obesidade. Todas as formas de má nutrição precisam ser combatidas com comida de verdade. E para tal é essencial que tenhamos robustas políticas regulatórias, um sistema tributário justo, equipamentos de segurança alimentar e nutricional, uma sociedade civil fortalecida e mobilizada para a temática da alimentação adequada e saudável, uma agenda de pesquisa das universidades voltada à geração de evidências que subsidiem o delineamento de políticas públicas alinhadas com o princípio da equidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este percurso dissertativo buscou investigar o nível de implementação de políticas públicas para o cuidado da obesidade no Estado do Rio de Janeiro. Ele parte de um olhar sistêmico, advindo do entendimento da necessidade de intervenção nos ambientes alimentares. Além disso, se propõe a colocar uma lupa no complexo território do Estado do Rio de Janeiro - atravessado por disputas políticas das mais variadas ordens, violência urbana, segregação socio-espacial, iniquidades em saúde - frente a seus desafios históricos, na consecução plena das políticas de variadas naturezas necessárias para o cuidado desta condição de saúde. A obesidade, enquanto uma das manifestações da má-nutrição, precisa de abordagens que levem em conta a promoção do direito humano a uma alimentação adequada e saudável e isso inclui, não perder de vista a multidimensionalidade deste conceito. Os resultados do presente estudo podem trazer uma linha de base de diagnóstico para que o poder local, em conjunto com a sociedade, atue no aprimoramento e criação de políticas públicas que garantam ambientes alimentares para toda a população fluminense. Este trabalho também pretende contribuir na sistematização da prática de avaliação de políticas, em especial no monitoramento de sua implementação; atividade ainda incipiente no campo da alimentação e nutrição, e que se mostra um desafio em todas as regiões e países.

REFERÊNCIAS

- ABDALA, V. Saúde transfere Hospital do Andaraí para Prefeitura do Rio. Publicado em 06 de julho de 2024, **Agência Brasil**, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2024-07/saude-transfere-hospital-do-andarai-para-prefeitura-do-rio>. Acesso em: 1 jun 23
- ALVAREZ, D. B. **O Pnae em fatos e números**: a importância do Programa Nacional de Alimentação Escolar. Brasília, DF: FIAN Brasil, 2022.
- AMADO, G. Governo do RJ diz ao STF que não irá parar operações perto de escolas, **Metrópoles**, 2024. Disponível em: <https://www.metropoles.com/colunas/guilherme-amado/governo-do-rj-diz-ao-stf-que-nao-ira-parar-operacoes-perto-de-escolas>. Acessado em: 5 mar 23
- ARAUJO, D. A. M. et al. Temporal trend of simultaneous risk factors for chronic non-communicable diseases: National School Health Survey 2009, 2012, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, n. Rev. bras. epidemiol, 2022 25, 2022.
- ASBRAN. **Governo fecha acordo com indústria para reduzir açúcar**. Associação Brasileira de Nutrição, 2018. Disponível em: <https://www.asbran.org.br/noticias/governo-fecha-acordo-com-industria-para-reduzir-acucar>. Acesso em: 01 de julho de 2013.
- BAHIA, L. et al. The costs of overweight and obesity-related diseases in the Brazilian public health system: cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 12, n. 1, p. 440, dez. 2012.
- BARROS, M. S. C. & TARTAGLIA, J. C. A política de alimentação e nutrição no Brasil: breve histórico, avaliação e perspectivas. *Alimentação e Nutrição*, v 14, n1, p. 109-121, 2003.
- BERNARDO, C.O; BASTOS J.L; GONZÁLEZ-CHICA D.A; PERES M.A; PARADIES Y.C. Interpersonal discrimination and markers of adiposity in longitudinal studies: a systematic review. **Obes Rev**. Sep;v 18, n 9, p. 1040-1049. doi: 10.1111/obr.12564. Epub 2017 May 31. PMID: 28569010, 2017.
- BOCCOLINI, C. S. et al. Metodologia e indicadores para monitoramento da NBCAL em estabelecimentos comerciais e serviços de saúde: estudo multicêntrico (Multi-NBCAL). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. suppl 1, p. e00272920, 2021.
- BORGES, C. A. et al. Comparing Latin American nutrient profile models using data from packaged foods with child-directed marketing within the Brazilian food supply. **Frontiers in Nutrition**, v. 9, p. 920710, 2 dez. 2022.
- BORTOLINI, G. A. et al. Guias alimentares: estratégia para redução do consumo de alimentos ultraprocessados e prevenção da obesidade. **Revista Panamericana de**

Salud Pública, v. 43, p. 1, 16 dez. 2019.

BRASIL (1991). Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social. **Norma Operacional Básica 01/91**. Resolução nº 258 de 07 de janeiro de 1991. Brasília: Diário Oficial da União de 10 de janeiro de 1991

BRASIL (1993). Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Norma Operacional Básica - NOB 01. Diário Oficial da União. Brasília, DF, nº 96. 1993

BRASIL. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde. **Relatório Final. Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2008. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 4 jan 23

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de alimentação e nutrição** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Série B. Textos Básicos de Saúde, 2. ed. Ver, Brasília: Ministério da Saúde, p 48, 2008.

BRASIL. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm. Acesso em: 6 jun 23

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan)**, 2011.

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

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2715_17_11_2011.html Acesso em: 2 fev 23

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

BRASIL. Termo de Compromisso 004/2011 de 7 de abril de 2011. Estabelece as metas nacionais para a redução do teor de sódio em alimentos processados no Brasil. Brasília: **Diário Oficial da União**; p. 81, 2011b.

BRASIL. Termo de Compromisso 035/2011 de 13 de dezembro de 2011. Estabelece as metas nacionais para a redução do teor de sódio em alimentos processados no Brasil. Brasília: **Diário Oficial da União**; 2011c.

BRASIL. Termo de Compromisso de 28 de agosto de 2012. Estabelece as metas nacionais para a redução do teor de sódio em alimentos processados no Brasil. Brasília: **Diário Oficial da União**; p. 124, 2012.

BRASIL. Termo de Compromisso de 5 de novembro de 2013. Estabelece as metas nacionais para a redução do teor de sódio em alimentos processados no Brasil. Brasília: **Diário Oficial da União**; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 84, 2013a.

BRASIL. Termo de Compromisso de 5 de novembro de 2013. Estabelece as metas nacionais para a redução do teor de sódio em alimentos processados no Brasil. Brasília: **Diário Oficial da União**; 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília. DF: Ministério da Saúde, n038, 2014b.

BRASIL. Decreto nº 8.552, de 3 de novembro de 2015. Regulamenta a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos. **Diário Oficial da da União**, 4 jan, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de Redução de Açúcares em Alimentos Industrializados**. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

BRASIL. Estudo Técnico: **Mapeamento dos Desertos Alimentares no Brasil**. Secretaria-Executiva da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional Ministério do Desenvolvimento Social/MDS, 2018. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmsps/noticias/arquivos/files/Estudo_tecnico_mapeamento_desertos_alimentares.pdf. Acessado em: 3 mar 23

BRASIL. Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde : monitoramento do Programa Academia da Saúde : ciclo 2017 – Brasília. Ministério da Saúde, p.60, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo do Programa Crescer Saudável 2019/2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2020-2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **Resolução nº 6, de 8 de maio de 2020**, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-6-de-8-de-maio-de-2020-256309972>. Acesso em: 4 mar 23

BRASIL, Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde

e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, p.118, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, p. 54, 2021b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf. Acesso em: 2 mai 23

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatórios públicos do Sisvan. Brasília: 2021c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **PROTEJA**: Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: orientações técnicas [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021d.

BRASIL. Projeto de Lei n. 2183, de 2019. Congresso Nacional, 2022. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicamerais/-/ver/pl-2183-2019>. Acessado em: 3 mar 23

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2006-2021: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. **VIGITEL BRASIL 2023**: 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 2023 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, p. 131, 2023.

BRASIL DE FATO. **Hospitais Federais do Rio estão em estado de calamidade, diz Ministério da Saúde** Redação. Rio de Janeiro, 10 de abril de 2023. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2023/04/10/hospitais-federais-do-rio-estao-em-estado-de-calamidade-diz-ministerio-da-saude>. Acesso em: 4 mai 23

BROWNE, J. et al. A guide to policy analysis as a research method. **Health Promotion International**, v. 34, n. 5, p. 1032–1044, 1 out. 2019.

BROWN, I. J. et al. Salt intakes around the world: implications for public health. **International Journal of Epidemiology**, v. 38, n. 3, p. 791–813, 1 jun. 2009.

CAMPO GRANDE. **Lei nº 4.992 de 30/09/2011** [Internet]. 2011. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=173560#:~:text=Define%20normno%20para%20a%20comercializa%C3%A7%C3%A3o,MS%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias>. Acesso em: 2 mai 23

CANELLA, D. S.; NOVAES, H. M. D.; LEVY, R. B. Influência do excesso de peso e da obesidade nos gastos em saúde nos domicílios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 11, p. 2331–2341, nov. 2015.

CARVALHO, A. T; et al. **Métodos de análise em programas de segurança alimentar e nutricional: uma experiência no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 18, n. 2, p. 309-321, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000200003>. Epub 22 Jan 2013. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000200003>. Acesso em: 26 de Maio 2024

CAVAGNOLI, Karen Cristina et al. A pandemia de Covid-19 e a crise na saúde no Rio de Janeiro: discutindo biopolítica e precarização. **Rev. psicol. Política**. São Paulo , v. 21, n. 51, p. 449-462, ago. 2021 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2021000200011&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 15 jul. 2024.

CHAMPAGNE, F. et al. A Avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. *In*: BROUSSELLE, A. et al. (Orgs.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CNN. **Milícias controlam 57% do território da cidade do Rio de Janeiro**, diz pesquisa. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/milicias-controlam-57-do-territorio-da-cidade-do-rio-de-janeiro-diz-pesquisa>. Acesso em: 3 mar 23

COLABORADORES DOS FATORES DE RISCO DO GBD 2021. Carga global e força da evidência para 88 fatores de risco em 204 países e 811 locais subnacionais, 1990–2021: uma análise sistemática para o Estudo da Carga Global de Doenças de, **The Lancet** 2021. DISPONÍVEL EM: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00933-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00933-4/fulltext) . Acesso em: 4 abr 23

CORRÊA, D. Rio vai monitorar temperaturas altas e classificar ondas de calor Classificação terá cinco níveis de risco, de NC1 a NC5. Publicado em 28 de junho de 2024. **Agência Brasil**, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2024-06/rio-vai-monitorar-temperaturas-altas-e-classificar-ondas-de-calor>. Acesso em: 5 mai 24

CRUZ, M. M; BARROS, D. C; VITORINO, S. A S (org.). **Avaliação das Políticas de Alimentação e Nutrição: contribuições teóricas e práticas**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, p. 369, 2023.

DE ASSIS, M. M. et al. Are the laws restricting the sale of food and beverages in school cafeterias associated with obesity in adolescents in Brazilian state capitals? **Food Policy**, v. 114, p. 102402, jan. 2023.

DE MOURA SOUZA, A. et al. Dietary Sources of Sodium Intake in Brazil in 2008–2009. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 113, n. 10, p. 1359–1365, out. 2013.

DIAS, P. C. et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, 2017.

HAWKES, C. et al. Smart food policies for obesity prevention. **The Lancet**, v. 385, n. 9985, p. 2410–2421, jun. 2015.

DIEESE. **Custo da cesta básica aumenta em 11 cidades**. São Paulo, 6 de junho de 2024. Disponível em:

<https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/2024/202405cestabasica.pdf>. Acesso em: 3 ago 23.

DISTRITO FEDERAL. **Lei 5146 de 19/08/2013** [Internet]. 2013. Disponível em:

https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/74877/Lei_5146_19_08_2013.html. Acesso em: 25 jul 23

DISTRITO FEDERAL. **Lei 5232 de 05/12/2013** [Internet]. 2013. Disponível em:

https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/75931/Lei_5232_05_12_2013.html. Acesso em: 4 jan 23

DISTRITO FEDERAL. **Lei 6475 de 03/01/2020** [Internet]. 2020. Disponível em:

https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/2760e4f16c8b4887976bc86b7076adf6/Lei_6475_2020.html. Acesso em: 4 jan 23

ÉTICA AMBIENTAL. **Entenda mais sobre a crise de água no Rio de Janeiro**,

2020. Disponível em: <https://etica-ambiental.com.br/crise-de-agua-no-rio-de-janeiro/#:~:text=desde%20o%20in%c3%adcio%20de%202020,nas%20torneiras%20das%20suas%20resid%c3%aancias>. Acesso em: 4 jan 23

FANTON, M; et tal. Associações diretas e indiretas de experiência de discriminação racial, padrões alimentares e obesidade em adultos do Sul do Brasil. **Nutrição em Saúde Pública** v 27, n 1, p.60, doi:10.1017/S1368980024000338, 2024.

FAO; et al. The State of Food Security and Nutrition in the World 2019.

Safeguarding against economic slowdowns and downturns. Rome, FAO, 2019

FAO et al. **The State of Food Security and Nutrition in the World 2021**. Rome, Italy: FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, p. 240. ISBN: 978-92-5-134325-8, 2021a.

FAO et al. **América Latina y el Caribe - Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional 2021b**. FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF, Santiago de Chile, FAO. 2021b. <https://doi.org/10.4060/cb7497es>. Acesso em: 4 jul 23

FERREIRA, A. P. S; et tal. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online], v. 22, p. 190024, 2019.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190024>. Epub 01 Abr 2019.

ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190024>. Acesso em: 19 de

Maio 2024.

FIPE. Impactos **Sistêmicos das mudanças no padrão de consumo de bebidas açucaradas, adoçadas ou não, devido aos diferentes cenários de tributação**. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. São Paulo, 2020.

FLORIANÓPOLIS. **Lei municipal nº 5.853**, de 04 de junho de 2001 [Internet]. 2001. Disponível em: https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_12_2016_13.38.44.f83bb19df0e5cc70995b2bc1bdc60dc1.pdf. Acesso em: 4 jun 23

FREIRE, L. **Revista Antropolítica**, v. 54, n. 2, Niterói, p. 361-384, 2. quadri., mai./ago., 2022. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/antropolitica/article/view/49099/32624>. Acesso:4 jul 24

GABRIELA LEITE. Saúde: a “crise” e o que a mídia esconde. **OUTRA SAÚDE**. 20/03/2024 Disponível em : <https://outraspalavras.net/outrasaude/crise-no-ministerio-da-saudeo-que-a-midia-esconde/>. Acesso em: 10 jul 24

GARCIA M.T; et tal. **Sumário executivo: avaliação dos 20 anos de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) - Avanços e desafios**. São Paulo: Instituto de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2023.

GASPARINI, M. F. V. et al. Evaluation practices In: **The field of Food and Nutrition**. Revista de Nutrição, n 30, v 3, p. 391-407, 2017.

GERSCHMAN, S; SANTOS, AMSP. **Saúde e Políticas Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro**: Editora Fiocruz, n. 262, p. 978-85-7541-475, 2016.

GERSCHMAN, S. Formulação e implementação de Políticas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. In: UGÁ, M.A.D., et al., (orgs.). **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 69-88. ISBN: 978-85-7541-592-4. Available from: doi: 10.7476/9788575415924.0005

GOMES, F. D. S. et al. **Editorial: Strengthening food labeling policies in Brazil**. Frontiers in Nutrition, v. 10, p. 1196243, 4 maio 2023.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Lei nº 5594**, de 11 de dezembro de 2009. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/c8aa0900025feef6032564ec0060dfff/cf5404e4b08c358e8325768d004b56cc?opendocument#:~:text=o%20sisans%20frj%20tem%20por,nutricional%20sustent%c3%a1vel%20do%20estado%20do>. Acesso em: 4 jan 23

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Plano Diretor de Regionalização 2001/2004**. Rio de Janeiro: Secretaria Estadual de Saúde, 2000.

GOVERNO ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO. **Lei nº 4.892 de 1º de novembro de 2006.**

ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **I Plano Estadual de Segurança**

Alimentar E Nutricional Sustentável do Estado do Rio de Janeiro. 2018.

Disponível em: <https://redesans.com.br/rede/wp-content/uploads/2020/01/plano-san-estado-rio.pdf>. Acesso em: 4 jul 23

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Plano Plurianual 2024-2027.** Rio de Janeiro: Secretaria Estadual de Saúde, 2023. Disponível em:

https://www2.alerj.rj.gov.br/leideacesso/spic/arquivo/PPA_2024-2027.pdf. Acesso em: 24 set 23

GUBA, E. G. & LINCOLN, Y. S. **Fourth Generation Evaluation.** Beverly Hills: Sage, 1990.

HARTZ, A. **Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**, 1997. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4358253/mod_resource/content/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20Teoria%20e%20Pr%C3%A1tica.pdf. Acesso em: 24 abr 23

HARTZ, Z.M.A.(org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-8567636-1. Available from SciELO Books. Disponível em: <http://books.scielo.org> .Acesso em: 24 set 23

HASSAN, B. K. **Tributação de bebidas e alimentos não saudáveis no mundo [livro eletrônico]: experiências internacionais e seus impactos; coordenação**, Marília Sobral Albiero, Paula Johns. - São Paulo: ACT Promoção da Saúde, 2021.

HESS, H. M. C. O Ativismo Judicial no Controle de Políticas Públicas no Estado Democrático de Direito. In: **Encontro Anual da Anpocs**, 34, Caxambu, anais, ST17: Judiciário, Ativismo e Políticas, 2010.

HIRATA, D.V; ET TAL. **Expansão das Milícias no Rio de Janeiro.** Política and Economic Advantages. Journal of Illicit Economies and Development, v4, n 3, p. 257-271. Disponível em: <https://doi.org/10.31389/jied.140>. Acessado em: 4 set 23

HIRATA E COLABORADORES. Operações Policiais no Rio de Janeiro (2006-2020) **Da lacuna estatística ao ativismo de dados**, 2021. Disponível em: https://geni.uff.br/wp-content/uploads/sites/357/2022/05/2021_HIRATA-GRILLO-DIRK_RUNA.pdf. Acesso em: 14 set 23

HLPE. 2017. **Nutrition and food systems.** A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security, Rome.

IDEC. **Redução de sódio em alimentos**: uma análise dos acordos voluntários no Brasil. / Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Cadernos Idec – Série Alimentos, v. 1. São Paulo: Idec, 2014.

IDEC. **DOSSIÊ BIG FOOD**: Como indústria interfere em política de alimentação. São Paulo, 2022. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivos/DOSSIE-BIG-FOD_Como-a-industria-interfere-em-politicas-de-alimentacao_ACT_IDEC_2022.pdf. Acesso em: 4 jul 24

INFORMAS. INFORMAS (International Network for Food and Obesity/non-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support): overview and key principles. **Obes Rev.** Oct;14 Suppl 1:1-12; 2013.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME). Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. Seattle, WA: IHME, 2018
Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. O lado oculto das bebidas açucaradas no Brasil. Alcaraz A, Vianna C, Bardach A, Espinola N, Perelli L, Balan D, Cairoli F, Palacios A, Comolli M, Augustovski F, Johns P, Pichon-Riviere A. Nov 2020, Buenos Aires, Argentina. Disponible en: www.iecs.org.ar/azucar. Acesso em: 22 jan 23

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). POF 2017-2018. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Cidades e Estados**. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj.html>. Acessado em: 2 jan 23

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE – IEPS. **Rio de Janeiro tem a pior cobertura da Atenção Básica do país**, revela boletim IEPS Data. 18 de outubro de 2023. Disponível em: <https://ieps.org.br/rio-de-janeiro-tem-a-pior-cobertura-da-atencao-basica-do-pais-revela-boletim-ieps-data/>. Acesso em: 22 fev 23

INSTITUTO DESIDERATA. **Panorama da Obesidade em Crianças e Adolescentes**. Dados oficiais do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN no período de 2015 até 2024. Disponível em: <https://panorama.obesidadeinfantil.org.br/>. Acessado em: 22 jun 24

JAIME, P. C; et al. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 23, n. 6 , p. 1829-1836, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05392018>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05392018>. Acesso 26 de Maio 2024.

JAIME, P. C. et al. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta nos

do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 829-1.836, 2018.

JAIME, P. C. **Políticas públicas de alimentação e nutrição**. Rio de Janeiro: Atheneu. 2024

JAIME, P. C.; RAUBER, F. Promoção da alimentação adequada e saudável. Em: **Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição**. Rio de Janeiro: Atheneu, p. 72-80, 2024.

JAIME, P. C; RAUBER, Fernanda. Políticas públicas de alimentação e nutrição voltadas ao sobrepeso e obesidade. In: JAIME, Patrícia Constante. **Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição**. Rio de Janeiro. Atheneu, p 123-132, 2024.

KARBASY K, VANDERLEE L, L'ABBÉ M. **Supporting healthier food environments in the City of Toronto**: Current policies and priority actions. 2019a. Disponível em: www.labbelab.utoronto.ca/Local-Food-EPI-2019. Acesso em: 20 abr 24

KARBASY K, VANDERLEE L, L'ABBÉ M. **Supporting healthier food environments in the City of Greater Sudbury**: Current policies and priority actions. 2019b. Disponível em: www.labbelab.utoronto.ca/Local-Food-EPI-2019. Acesso em: 20 abr 24

KARBASY K, VANDERLEE L, L'ABBÉ M. **Supporting healthier food environments in the Region of Peel**: Current policies and priority actions. 2019c. Disponível em: www.labbelab.utoronto.ca/LocalFood-EPI-2019. Acesso em: 20 abr 24

KICKBUSCH I; ALLEN L; FRANZ C. The commercial determinants of health. **Lancet Glob Health**; v. 4, n.12, p. 895–e896 World Obesity Federation. Commercial determinants of obesity [Internet]. Available from, 2016. Disponível em: <https://www.worldobesity.org/what-we-do/our-policy-priorities/commercial-determinants-of-obesity>. Acesso em: 20 abr 24

KRIEGER, N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective, **International Journal of Epidemiology**, Volume 30, Issue 4, August 2001, Pages 668–677. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/30.4.668>. Acesso em: 20 abr 24

L'ABBATE S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil, I: período de 1940 a 1964. **Revista de Nutrição**, v. 1, n. 2: p. 87-138, 1988.

LEVCOVITZ, E. L; MACHADO, L., D; VIEIRA, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200002>. Epub 17 Jul 2007. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200002>. Acesso em: 13 Julho 2024.

LEVY, R. B. et al. Três décadas da disponibilidade domiciliar de alimentos segundo a NOVA – Brasil, 1987–2018. **Revista de Saúde Pública**, v. 56,8 ago, p. 75, 2022.

LOUZADA, M. L. D. C. et al. Impacto do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde de crianças, adolescentes e adultos: revisão de escopo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. suppl, e00323020, p. 1, 2021.

LOUZADA, M. L. D. C. et al. Consumo de alimentos ultraprocessados no Brasil: distribuição e evolução temporal 2008–2018. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, n. 1, p. 12 15 mar. 2023.

LUCINDA C.R., HADDAD E.A., coordenadores. **Promoção da Saúde. Impactos sistêmicos das mudanças no padrão de consumo de bebidas açucaradas, adoçadas ou não, devido aos diferentes cenários de tributação**. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE). ACT São Paulo: FIPE/ACT Promoção da Saúde [Internet]; 2020. Disponível em: <https://evidencias.tributosaudavel.org.br/>. Acesso: 12 jul 23

MACHADO, A.V; et tal. Racial discrimination predicts the increase in body weight and BMI in Black individuals from ELSA-Brasil cohort. **Cien Saude Colet**. 2023 Jun;28(6):1655-1662. doi: 10.1590/1413-81232023286.14992022. Epub 2022 Dec 1. PMID: 37255143.

MACHADO, P. Y. et al. Rede Amamenta Brasil e Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil: impacto nos índices de aleitamento materno. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. 339101018941, 12 ago. 2021.

MAGALHÃES, R. Avaliação de políticas e iniciativas públicas de segurança alimentar e nutricional: dilemas e perspectivas metodológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Cruz, Marly Marques da (Org.). v. 19, n. 5, p 1.339-1.346, 2014.

MAGALHÃES, R. Avaliação de políticas e iniciativas públicas de segurança alimentar e nutricional: dilemas e perspectivas metodológicas. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 19, n. 05, p. 1339-1346, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014195.12202013>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014195.12202013>. Acesso 26 de Maio 2024.

MALIK, V. S. et al. Sugar-Sweetened Beverages, Obesity, Type 2 Diabetes Mellitus, and Cardiovascular Disease Risk. **Circulation**, v. 121, n. 11, p. 1356–1364, 23 mar. 2010.

MANAUS. **Lei nº 1414**, de 22 de Janeiro de 2010. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/am/m/manaus/lei-ordinaria/2010/142/1414/lei-ordinaria-n-1414-2010-dispoe-sobre-a-alimentacao-saudavel-nas-escolas-das-redes-publicas-e-privadas-de-ensino-na-cidade-de-manaus>. Acesso: 15 mar. 2023.

MARCO de Referência sobre a Dimensão Comercial dos Determinantes Sociais da Saúde na Agenda de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis. Organização Pan-Americana da Saúde 2020.

MARTINS, A. P. B. É preciso tratar a obesidade como um problema de saúde pública. **Revista de Administração de Empresas**, v. 58, n. 3, p. 337–341, jun. 2018.

MATO GROSSO DO SUL. **Lei Estadual nº 4320**, de 26 de fevereiro de 2013 [Internet]. 2013. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=251720#:~:text=Pro%C3%ADbe%20a%20comercializa%C3%A7%C3%A3o%2C%20confec%C3%A7%C3%A3o%20e,Sul%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias>. Acesso: 10 mar. 2023.

MENDES, L. L.; PESSOA, M. C; COSTA, B. V. L. **Ambiente alimentar**: saúde e nutrição. Rio de Janeiro: Rubio, 2022.

MENDES, L. L. et al. A incorporação dos ambientes alimentares na Política Nacional de Alimentação e Nutrição: uma abordagem de possibilidades, avanços e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. suppl 1, p. e00038621, 2021.

MIALON, M. et al. “A consistent stakeholder management process can guarantee the ‘social license to operate’”: mapping the political strategies of the food industry in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. suppl 1, p. e00085220, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante. **Diário Oficial da União**; 11 jun de 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 2.681**, de 7 de novembro de 2013: redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2013.

MONTEIRO C.A; MOUBARAC J-C; CANNON G; NG SW; POPKIN B. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. **Obes Rev.**;14(Suppl 2):21-28. DOI:10.1111/obr.12107, 2013.

MONTEIRO C.A; CANNON G; MOUBARAC J.C; LEVY R.B; LOUZADA M.L.C; JAIME P.C. The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. **Public Health Nutr**; v. 21, n. 1, p. 5-17, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1368980017000234>. Acesso: 19 mar. 2023.

MUSGROVE, P. **Por una Mejor Alimentación; evaluación de programas destinados a mejorar el consumo alimentario y el estado nutricional de familias pobres en el Brasil**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1988.

NETO, O. A, SANTOS, F. **O Rio de Janeiro e o Estado Nacional (1946-2010)**. Online, v. 56, n. 3, pp. 467-496, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582013000300001>. Epub 21 Out 2013. ISSN 1678-4588. <https://doi.org/10.1590/S0011-52582013000300001>. Acessado 15 de Julho 2024.

NILSON E.A.F; JAIME P.C; RESENDE D.O. Iniciativas desenvolvidas no Brasil para a redução do teor de sódio em alimentos processados. **Rev Panam Salud Publica**,

n 3, v. 4, p. 287–92, 2012.

NILSON, E. A. F. et al. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 1, 10 abr. 2020.

NITERÓI. **Lei Nº 3.766**, de 05 de janeiro de 2023 [Internet]. 2023. Disponível em: http://www.niteroi.rj.gov.br/wp-content/uploads/do/2023/01_Jan/06.pdf. Acesso: 15 fev. 2023.

NUPENS. Diálogo sobre ultraprocessados: soluções para sistemas alimentares saudáveis e sustentáveis. **Cátedra Josué de Castro**. São Paulo. 2021. Disponível em: https://www.fsp.usp.br/nupens/wp-content/uploads/2021/06/Documento-Dia%CC%81logo-Ultraprocesados_PT.pdf. Acesso: 15 mai. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Ultra-processed food and drinks products *In Latin America*: trends, impacts on obesity, policy implications. Washington, DC:OPAS, 2015.

PARANÁ. **Lei Estadual nº 14.423**, de 02 de junho de 2004 [Internet]. 2004. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/pr/lei-ordinaria-n-14423-2004-parana>

PASSO FUNDO. **Lei Municipal nº 5.400**, de 23 de janeiro de 2019 [Internet]. 2019. Disponível em: https://portal.tce.rs.gov.br/aplicprod/f?p=50202:4:4927253533737::NO::P4_CD_LEGI SLACAO:932416. Acesso: 01 mar. 2023.

PELIANO, A. M. Quem se Beneficia dos Programas Governamentais de Suplementação Alimentar. **Textos para Discussão**, 205 Brasília: Ipea. 1990.

PELOTAS. **LEI Nº 5778**, de 21 de janeiro de 2011. [Internet], 2011. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/pelotas/lei-ordinaria/2011/578/5778/lei-ordinaria-n-5778-2011-dispoe-sobre-a-promocao-da-alimentacao-saudavel-nas-escolas-das-redes-de-ensino-publica-e-privada-de-pelotas>. Acesso: 01 mar. 2023

PEREIRA, T. N. et al. Medidas regulatórias de proteção da alimentação adequada e saudável no Brasil: uma análise de 20 anos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. suppl 1, p. e00153120, 2021.

PESTANA, M. **A crise da saúde no Rio**: a ponta do iceberg.08.02.201. Disponível em: <https://congressoemfoco.uol.com.br/area/governo/a-crise-da-saude-no-rio-a-ponta-do-iceberg/>. Acessado: 01 mar. 2023

PIAUI. **Lei nº302**, de 22 de novembro de 2022. Prefeitura Municipal de Vila Nova Piauí-PI, 2022

PODER360. **Com crise em hospitais no Rio**, Ministério da Saúde demite diretor. 18.mar.2024. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/brasil/com-crise-em-hospitais-no-rio-ministerio-da-saude-demite-diretor/>. Acesso em: 01 jul. 2024

POPKIN, B. M.; CORVALAN, C.; GRUMMER-STRAWN, L. M. Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. **The Lancet**, v. 395, n. 10217, p. 65–74, jan. 2020.

PORTO ALEGRE. **Lei Nº 10.167**, de 24 de Janeiro de 2007 (PORTO ALEGRE) [Internet]. 2007. Disponível em: <https://www.mprs.mp.br/legislacao/leis/3400/>. Acesso: 01 mar. 2023

PREUSS, L. T. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Revista Katálysis** [online], v. 21, n. 02, p. 324-335, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n2p324>. ISSN 1982-0259. <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n2p324>. Acessado 14 de Julho 2024.

PUFF, J. **Saúde pública: Como o RJ chegou a uma de suas piores crises no ano dos Jogos**. 11 janeiro 2016. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/01/160106_crise_economica_rio_jp. Acessado: 01 jul. 2024

RAMOS, Doralice Batista das Neves et al. Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 36, n. 6, 2020.

REDAÇÃO BRASIL DE FATO. **Sem investir o mínimo em Saúde, governo do RJ tem contas de 2020 reprovadas pelo TCE**. 02 de junho de 2021. Disponível em: <https://www.brasildefatorj.com.br/2021/06/02/sem-investir-o-minimo-em-saude-governo-do-rj-tem-contas-de-2020-reprovadas-pelo-tce>. Acesso em: 01 mar. 2023

REDAÇÃO JORNAL NACIONAL. **No RJ, crise na saúde atinge Hospitais Federais e Municipais**. 03 de março de 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2019/07/03/no-rj-crise-na-saude-atinge-hospitais-federais-estaduais-e-municipais.ghtml>. Acesso em: 01 mar. 2023

REDE PENSSAN. VIGISAN: **Inquérito nacional sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil**. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. 2021.

RECINE, E; VASCONCELLOS, A. B. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 16, n. 1, p. 73-79, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-8123201100010001>. Epub 13 Dez 2010. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100011>. Acesso 26 Maio 2024

RECINE E.C; et tal. The INFORMAS healthy food environment policy index in Brazil: Benchmarking, current policies, and determining priorities for the future. **Obes Rev**. Apr; v 25, n 4, p. 13681. doi: 10.1111/obr.13681. Epub 2023 Dec 20. PMID: 38123471, 2024

REDES DA MARÉ. **8º Infográficos do Boletim Direito à Segurança Pública na Maré**, 2023. Disponível em: https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/RdM_SegPubli_infografi

co_2024.pdf. Acesso em: 01 mar. 2024

RICARDO, C. Z. et al. Adesão aos acordos voluntários de redução de sódio no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 701–710, fev. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 13.027**, de 16 de agosto de 2008 [Internet]. 2008. Disponível em: <https://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/13.027.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2024

RIO GRANDE DO SUL. **Lei Estadual nº 15.216**, de 30 de julho 2018 [Internet], 2018. Disponível em: <https://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/LEI%2015.216.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2024

ROCHA, L. L. et al. Health behavior patterns of sugar-sweetened beverage consumption among Brazilian adolescents in a nationally representative school-based study. **PLOS ONE**, v. 16, n. 1, p. e0245203, 7 jan. 2021.

ROCHA, L. L; et al. Percepção dos residentes de favelas brasileiras sobre o ambiente alimentar: um estudo qualitativo. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 40, n. 3, e00128423, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT128423>. Epub 22 Mar 2024. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT128423>. Acesso 16 de Julho 2024.

RODRIGUES, L. S; MIRANDA, N. G; E CABRINI, D. Obesidade e interseccionalidade: análise crítica de narrativas no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil (2004-2021). **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 39, n. 7, e00240322, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT240322>. Epub 17 Julho 2023. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT240322>. Acessado 19 Maio 2024.

SALEME, I; ARAÚJO, T. **Ex-secretário de Saúde do RJ é alvo de operação da Polícia Federal**. CNN. 10/02/2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/ex-secretario-de-saude-do-rj-e-alvo-de-operacao-da-policia-federal/>. Acesso em: 01 jul. 2024

SANTA CATARINA. **Lei estadual nº 12.061**, de 18 de dezembro de 2001 [Internet]. 2001. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2001/12061_2001_Lei.html#:~:text=LEI%20N%C2%BB%2012.061%2C%20de%2018%20de%20dezembro%20de%202001&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20crit%C3%A9rios%20de%20concess%C3%A3o,no%20Estado%20de%20Santa%20Catarina. Acesso em: 10 mar. 2023

SANTOS, L. M. P. & SANTOS, S. M. C. Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período de 1995-2002. 1 – Abordagem metodológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 1.029-1.040, 2007.

SANTOS, S. M. C. D. et al. Avanços e desafios nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. suppl 1, p. e00150220, 2021.

SARNO, F. et al. Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 571–578, jun. 2013.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949–1961, jun. 2011.

SILVA, B. Z. Pela DesCrivelização da saúde: reflexões sobre a crise da saúde no Rio de Janeiro-RJ e seu agravamento na pandemia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 30, n. 03, e300308, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300308>. Epub 04 Set 2020. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300308>. Acessado 15 Julho 2024.

SILVA, C; et al. Proposta de cesta básica para a população da região metropolitana do Rio de Janeiro e sua relação com salário-mínimo vigente. **Ceres: Nutrição & Saúde** (Título não-corrente), v. 2, n. 1, 2007.

SILVA, D. O; CABRINI, D. Trajetórias biográficas do aumento e excesso de peso de mulheres do Programa Bolsa Família, Brasil. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 216-225, 2017.

SILVA, S. O; et al. A cor e o sexo da fome: análise da insegurança alimentar sob o olhar da interseccionalidade. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 38, n. 7, e00255621, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT255621>. Epub 05 Ago 2022. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT255621>. Acesso em: 19 de Maio 2024.

SOLAR, O; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health. Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: WHO, 2010.

STANAWAY, J. D. et al. 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**, v. 392, n. 10159, p. 1923–1994, nov. 2018.

STEFANINI, M. L. R. et al. **Fome e Política**: história, implantação, desenvolvimento, avaliação de um programa federal de suplementação alimentar no Estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde, 1994.

SWINBURN, B. et al. Monitoring and benchmarking government policies and actions to improve the healthiness of food environments: a proposed Government Healthy Food Environment Policy Index. **Obesity Reviews**, v. 14, n. S1, p. 24–37, out. 2013.

SWINBURN, B. A. et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet**, v. 393, n. 10173, p. 791–846, fev. 2019.

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**, v. 29, n. 6, p. 563–570, dez. 1999.

SWINBURN B, Sacks G, Vandevijvere S, Kumanyika S, Lobstein T, Neal B, et al; SWINBURN, Boyd A. et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. **The Lancet**, v. 378, n. 9793, p. 804-814, 2011.

TESTON, L. M; et al. Desafios da avaliação em saúde no SUS na percepção dos trabalhadores do estado do Acre. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 31, n. 01, e310127, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310127>. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310127>. Acesso em: 16 de Abril 2024.

TOMAZ, L. A. et al. From the most to the least flexible nutritional profile: Classification of foods marketed in Brazil according to the Brazilian and Mexican models. **Frontiers in Nutrition**, v. 9, p. 919582, 20 set. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Estado Nutricional Antropométrico da Criança e da Mãe**: Prevalência de indicadores antropométrico de crianças brasileiras menores de 5 anos de idade e suas mães biológicas: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, p. 96, 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO; CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO; ONG RIO CONTRA A FOME E A MISÉRIA. **Inquérito Sobre Insegurança Alimentar no Município do Rio de Janeiro**, 2024. Disponível em: <https://injc.ufrj.br/wp-content/uploads/2024/05/IA-Rio-rev-V5.pdf>. Acessado em: 01 jul. 2024

UNIVERSIDADE DE MUNIQUE. **Índice de política ambiental alimentar**. Alemanha, 2021. Disponível em: https://www.jpi-pen.eu/images/reports/Food-EPI_Ergebnisbericht_V11.pdf. Acesso em: 01 jul. 2024

UNIVERSIDADE DE PEQUIM. **Avaliação das políticas de marketing de alimentos relacionadas ao sobrepeso e obesidade infantil na China usando o Índice de Políticas Alimentares e Ambientais (Food–EPI)**. Departamento de Nutrição e Higiene Alimentar, Escola de Saúde Pública, China, 2024. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/16/4/482>. Acesso em: 01 jul. 2024

UNIVERSITY OF TORONTO. **Supporting healthier food environments in the City of Toronto**: Current policies and priority actions Official Report of the Local Food-EPI Project Spring, 2019. Disponível em : <https://labbelab.utoronto.ca/wp-content/uploads/2019/05/Local-Food-EPI-City-of-Toronto-official-report-Final.pdf> / <https://labbelab.utoronto.ca/wp-content/uploads/2019/05/Local-Food-EPI-Region-of-Peel-official-report-Final.pdf> / <https://labbelab.utoronto.ca/wp-content/uploads/2019/05/Local-Food-EPI-City-of-Greater-Sudbury-official-report-Final.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2024

VALENTE, F. L. S. **Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos**. Saúde e Sociedade, 12(1): p. 51-60, 2003.

VANDEVIJVERE, S., SWINBURN, B. Extent of implementation of food environment policies by governments compared to international best practice and Priority recommendations Informas Protocol. **Public Sector Module**. Healthy Food Environment Policy Index (Food-EPI). The University of Auckland, 2017.

VANDEVIJVERE, S.; MACKAY, S.; SWINBURN, B. Benchmarking food environments, 2017: progress by the New Zealand Government on implementing recommended food environment policies & prioritised recommendations. **Auckland: The School of Population Health, Medical and Health Sciences, The University of Auckland, 2017.**

VASCONCELOS, F. A. G; BATISTA-FILHO, M. História do campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(1): 81-90, 2011.

VASCONCELLOS, M. B., et al. Mudanças na Obesidade, Comportamento Sedentário e Inatividade Física, entre 2010 E 2017, em adolescentes. **Journal of Physical Education** [online], v. 32, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/jphyseduc.v32i1.3280>. Epub 31 Jan 2022. ISSN 2448-2455. <https://doi.org/10.4025/jphyseduc.v32i1.3280>. Acesso em: 01 jul. 2024

VENÂNCIO, S. I. et al. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 11, p. 2261–2274, nov. 2013.

WCRF; AICR. Diet, **Nutrition, Physical Activity and Cancer**: a Global Perspective. Continuous Update Project Expert Report: World Cancer Research Fund International, 2018. Disponível em: <https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2021/02/Summary-of-Third-Expert-Report-2018.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: World Health Organization, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2017**. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor->, 2017. Acesso em: 11 jun. 2023

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health**. Resolution of the World Health Assembly. Fifty -seventh World Health Assembly. WHA57. Geneva, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Everybody's business - strengthening health systems to improve health outcomes** : WHO's framework for action. p. 44, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Plano de ação para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes: relatório final**. Geneva, 2020.

World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva: WHO; 2021.

Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 11 jun. 2023

ZARUR, C. **Folha de São de Paulo**, 2023. Disponível em:

<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2023/06/sob-claudio-castro-rio-tem-recorde-de-operacoes-policiais.shtml>. Acessado em: 11 jun. 2023

APENDICE I

INFORMAS – Módulo FOOD-Epi/Rio de Janeiro

Oficina: Proposições para o Avanço da Agenda Estadual

Descrição do domínio e listagem das ações	Grau de implementação					
	< 20%	20-40%	40-60%	60-80%	80-100%	Não sei avaliar
<p>COMPOSIÇÃO 1.1. Metas / padrões de composição para produtos processados foram estabelecidos pelo governo, com base no conteúdo de nutrientes críticos para certos alimentos ou grupos de alimentos relacionados ao aumento da obesidade e das DCNTs.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lei nº 9.779 de 4 de julho de 2022 - Institui o programa de melhoria na qualidade da alimentação escolar no estado do Rio de Janeiro - Lei Ordinária nº 8361, de 1 de abril de 2019 – Dispõe sobre a obrigatoriedade de inclusão, em um percentual mínimo de 30% (trinta por cento), de produtos orgânicos ou de base agroecológica na alimentação fornecida aos pacientes dos hospitais da rede pública estadual do Rio de Janeiro. - Lei nº 7867 de 01 de março de 2018 - Cria o programa "alimentação para todos" nas escolas da rede pública e privada no estado do Rio de Janeiro. - Lei nº 5095 de 1º de outubro de 2007 - Dispõe sobre a obrigatoriedade da inserção, na rotulagem nutricional dos produtos, da identificação e quantificação das gorduras trans presentes em sua composição, na forma que determina, e dá outras providências - Lei nº 4508, de 11 de janeiro de 2005 - Proíbe a comercialização, aquisição, confecção e distribuição de produtos que colaborem para a obesidade infantil, em bares, cantinas e similares instalados em escolas públicas e privadas do estado do Rio de Janeiro, na forma que menciona 						
<p>COMPOSIÇÃO 1.4. Padrões de composição de nutrientes críticos em refeições realizadas fora da casa em estabelecimentos comerciais</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lei nº 6551 de 09 de outubro de 2013 - Dispõe sobre a obrigatoriedade do franqueamento, aos clientes, da cozinha de bares, restaurantes, hotéis, padarias e congêneres no estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. - Programa Restaurante do Povo - equipamentos Públicos de Segurança Alimentar e Nutricional - EPSAN destinados à população que se alimenta fora de casa, prioritariamente aos estratos sociais mais vulneráveis. - Projeto RJ Alimenta - Unidades Emergenciais de Assistência Alimentar destinadas a fornecer, de forma gratuita, café da manhã, almoço e sopa em sistema de quentinhas aos segmentos mais vulneráveis da população. - Programa Café do Trabalhador - programa de fornecimento de kits de café da manhã a preço popular e subsidiado nos terminais e estações de transporte coletivo de grande circulação no Estado do Rio de Janeiro. 						
<p>ROTULAGEM 2.3: Existe um sistema de informação nutricional suplementar a ser utilizado em rótulos de todos os alimentos que é baseado em evidências, de fácil compreensão que permite aos consumidores avaliarem o quanto um produto é saudável.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <p>Sem ação identificada.</p>						
<p>ROTULAGEM 2.4: Existe um sistema padronizado, definido pelo governo, simples e de fácil acesso para a composição nutricional dos cardápios de todos os restaurantes de serviço rápido (cadeias de fast food) que permite aos consumidores conhecerem a qualidade nutricional e o valor energético dos alimentos e refeições à venda.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lei nº 7134 de 17 de dezembro 2015 - Dispõe sobre a obrigatoriedade de publicação periódica do cardápio da merenda em todas as unidades escolares da rede estadual de ensino. - Lei nº 6590, de 18 de novembro de 2013 - obriga os bares, lanchonetes, restaurantes e estabelecimentos similares, bem como cantinas e 						

quiosques, que funcionam dentro das escolas da rede particular de ensino, a divulgarem tabelas nutricionais dos alimentos comercializados em seus estabelecimentos.					
<p>PROMOÇÃO 3.1: Políticas efetivas são implementadas pelo governo para restringir a exposição e o poder da promoção de alimentos não saudáveis direcionados para crianças em meios de comunicação (TV, rádio).</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <p>Sem ação identificada.</p>					
<p>PROMOÇÃO 3.2: Políticas efetivas são implementadas pelo governo para restringir a exposição e o poder da promoção comercial de alimentos não saudáveis por meio de outras mídias para crianças (por exemplo, internet, mídias sociais, rótulos, apoio a atividades esportivas, culturais e outras; publicidade no entorno escolar etc).</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <p>- Lei nº 9.779, de 4 de julho de 2022 - Institui o programa de melhoria na qualidade da alimentação escolar no estado do Rio de Janeiro.</p>					
<p>PROMOÇÃO 3.3: Políticas efetivas são implementadas pelo governo para garantir que alimentos não saudáveis não sejam promovidos comercialmente em locais onde as crianças convivem (por exemplo: pré-escolas, escolas, eventos esportivos e culturais).</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <p>- Lei 4508 de 11 de janeiro de 2005 - Proíbe a comercialização, aquisição, confecção e distribuição de produtos que colaborem para a obesidade infantil, em bares, cantinas e similares instalados em escolas públicas e privadas do Estado do Rio de Janeiro, na forma que menciona.</p>					
<p>PREÇOS 4.1: Os impostos sobre alimentos saudáveis são reduzidos para encorajar escolhas alimentares saudáveis sempre que possível (por exemplo, impostos baixos ou inexistentes sobre vendas, imposto de consumo, valor agregado ou impostos de importação sobre frutas e vegetais).</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <p>- Lei nº 10165 DE 31 de outubro de 2023 - Internaliza o Convênio ICMS Nº 83/2023 e prorroga o prazo da isenção do ICMS nas operações internas com arroz e feijão, concedida pela Lei Estadual Nº 9391/2021</p> <p>- Decreto nº 41.554, de 17 de novembro de 2008 - Institui o programa "sacolão na comunidade" vinculado a centrais de abastecimento do estado do rio de janeiro - CEASA/RJ e dá outras providências</p> <p>- Lei nº 9.610, de 25 de março de 2022 - institui a política estadual de fomento à agroindústria familiar no Estado do Rio de Janeiro.</p> <p>- Lei nº 10.139, de 18 de outubro de 2023 - Cria programa de Oásis Alimentares objetivando a erradicação dos desertos alimentares identificados nas áreas urbanas e rurais.</p> <p>- Lei nº 7610 de 30 de maio de 2017 - Autoriza o poder executivo a criar o circuito fluminense de feiras orgânicas.</p>					
<p>PREÇOS 4.2: Impostos sobre alimentos não saudáveis (por exemplo, bebidas adoçadas, alimentos com alta concentração de nutrientes que são fatores de risco para doenças) estão em vigor para desencorajar, onde possível, escolhas alimentares não saudáveis, e esses impostos são reinvestidos para melhorar a saúde da população.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <p>Sem ação identificada.</p>					
<p>PREÇOS 4.3: Os subsídios existentes aos alimentos, incluindo o financiamento de infraestrutura (por exemplo, pesquisa e desenvolvimento, apoio aos mercados ou sistemas de transporte), favorecem os alimentos saudáveis, e não os alimentos não saudáveis.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <p>PPA 2024-7 - INICIATIVA: 0149 - Promoção do Abastecimento de Alimentos. OBJETIVO DA INICIATIVA:</p> <p>Garantir o abastecimento de alimentos a população do Estado do Rio de Janeiro, proporcionando espaços para a comercialização dos produtos alimentícios através de empresários e produtores rurais.</p>					

AÇÃO: Gestão das Centrais de Abastecimento e Manutenção dos Bancos de Alimentos						
<p>PREÇOS 4.4: O governo tem mecanismos que garantem que os recursos dos programas de transferência de renda, relacionados à alimentação, sejam destinados a compra de alimentos saudáveis.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro: Programa Supera RJ Manutenção dos Bancos de Alimentos PPA 2024-7 - INICIATIVA: 0177 - Promoção da Proteção Social Básica OBJETIVO DA INICIATIVA: Promover a assistência aos cidadãos em estado de vulnerabilidade. Acolher indivíduos afastados do núcleo familiar, bem como para famílias que se encontram em situação de abandono, ameaça ou violação de direitos. Capacitar e/ou assessorar tecnicamente as equipes técnicas e gestores municipais.</p>						
<p>PROVISÃO 5.1: O governo assegura políticas claras e consistentes (incluindo normas nutricionais) em escolas e na educação infantil para atividades que envolvem alimentação (cantinas, oferta de alimentos em eventos para arrecadação de fundos, apoio a atividades culturais e esportivas, máquinas de vendas, padrões para compras públicas etc.) para fornecer e promover alimentação saudável.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro: - Lei nº 9.779, de 4 de julho de 2022 - institui o programa de melhoria na qualidade da alimentação escolar no Estado do Rio de Janeiro. - Execução do PNAE no estado do RJ</p>						
<p>PROVISÃO 5.2: O governo garante que há políticas públicas claras e consistentes em outros setores públicos, além da saúde, para atividades que envolvem alimentação (cantinas, lanches e refeições em eventos, atividades para arrecadação de fundos, apoio a atividades culturais e esportivas, máquinas de vendas, critérios para compras públicas etc.) para fornecer e promover alimentação saudável.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro: - Lei nº 7923, de 20 de março de 2018 - Institui a Política Estadual de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar – PAA/FAMILIAR - Equipamentos Públicos da Assistência Social e de SAN - Restaurantes do Povo - atualmente funciona com nove unidades, localizadas nos municípios de Belford Roxo, Duque de Caxias, Niterói, Petrópolis, Volta Redonda, e nos bairros de Bangu, Bonsucesso e Campo Grande, na capital. - Café do Trabalhador- de oferta de kits de café da manhã - RJ Alimenta - Fornecimento de Refeição Preparada - Banco de Alimentos - Guia Cestas básicas e kits de alimentos: contribuições à luz do Guia Alimentar para a População Brasileira - elaborado pela ATAN RJ</p>						
<p>PROVISÃO 5.3: O governo garante que exista padrões claros e consistentes de aquisição de alimento em ambientes, do setor público, para atividades de serviços de alimentação com a finalidade de fornecer e promover escolhas alimentares saudáveis.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro: - Lei nº 7923, de 20 de março de 2018 - Institui a Política Estadual de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar – PAA/FAMILIAR - Execução do PNAE no estado do Rio de Janeiro - Guia Cestas básicas e kits de alimentos: contribuições à luz do Guia Alimentar para a População Brasileira - elaborado pela ATAN RJ</p>						
<p>PROVISÃO 5.4: O governo garante que há sistemas de apoio e treinamento para as escolas e outras organizações do setor público e seus fornecedores/serviços de alimentação de maneira que possam atender as políticas e diretrizes para uma alimentação saudável.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro: - Lei nº 8.625, de 18 de novembro de 2019 – Dispõe sobre a Política Estadual de Desenvolvimento Rural Sustentável, Agroecologia e de Produção Orgânica do Rio de Janeiro (PEAPO RJ) - Programa Prosperar: tem como principal objetivo promover o fortalecimento das agroindústrias de base familiar, através de incentivos à</p>						

<p>produção, ao processamento e à comercialização de alimentos.</p> <p>- Programa Frutificar: objetiva o aumento da produção e produtividade de frutas, por meio de linha de crédito específica para financiamento de projetos de fruticultura irrigada.</p> <p>- Programa Cultivar orgânico: tem por objetivo o fomento da produção agropecuária</p>						
<p>PROVISÃO 5.5: O governo incentiva e apoia ativamente as empresas privadas a fornecerem e promoverem alimentos e refeições saudáveis nos locais de trabalho.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <p>- Lei nº 7115 DE 24 de novembro de 2015 - Dispõe sobre o direito ao aleitamento materno no Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências.</p>						
<p>VAREJO 6.1: As leis e políticas de zoneamento são robustas o suficiente e estão sendo implementadas, onde necessário, pelos governos locais para imporem limites à densidade ou à instalação de restaurantes de atendimento rápido (fast food) ou outros estabelecimentos que vendam principalmente alimentos não saudáveis nas comunidades.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <p>Não foram identificadas ações</p>						
<p>VAREJO 6.2: As leis e políticas de zoneamento são robustas o suficiente e estão sendo implementadas, onde necessário, pelos governos locais para incentivarem a disponibilidade de pontos de venda de frutas e vegetais frescos.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <p>- Lei nº 8354, de 01 de abril de 2019 - autoriza o poder executivo a criar o circuito fluminense de economia solidária e dá outras providências.</p> <p>- Lei nº 8366, de 02 de abril de 2019 - dispõe sobre a política estadual de apoio à agricultura urbana e dá outras providências.</p> <p>- Lei nº 8.373, de 10 de abril de 2019 - fica autorizado o poder executivo a criar o Programa Horta na Escola e dá outras providências.</p> <p>- Lei nº 8.625, de 18 de novembro de 2019 - dispõe sobre a política estadual de desenvolvimento rural sustentável, de agroecologia e de produção orgânica no Estado do Rio de Janeiro.</p> <p>- Disponibilização de FLV com ônibus a partir de análises dos desertos alimentares no MRJ.</p>						
<p>VAREJO 6.3: O governo assegura a existência e utilização de ações de apoio que incentivem os estabelecimentos comerciais de alimentos a ampliarem a disponibilidade de alimentos saudáveis e limitarem a disponibilidade de alimentos não saudáveis.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <p>Sem ação identificada.</p>						
<p>VAREJO 6.4: O governo assegura a existência e implementação de ações de apoio que incentive os serviços de alimentação a aumentarem a promoção e a disponibilidade de alimentos saudáveis e diminuam a promoção e a disponibilidade de alimentos não saudáveis.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <p>Sem ação identificada.</p>						
<p>COMÉRCIO 7.1: O Governo realiza avaliações de impacto de risco antes e durante a negociação de acordos de comércio e investimento, para identificar, avaliar e minimizar os impactos negativos diretos e indiretos de tais acordos na alimentação e saúde da população.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <p>Sem ação identificada.</p>						
<p>COMÉRCIO 7.2: O governo adota medidas de gerenciamento de investimentos internacionais e protege sua capacidade regulatória em relação à alimentação e saúde pública.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p>						

Sem ação identificada.						
<p>LIDERANÇA 8.1: Há apoio político forte e visível (ao nível de Chefe de Estado - Governador / Secretários) para melhoria dos ambientes alimentares, da alimentação da população, para a redução das DCNT relacionadas à alimentação e das desigualdades a elas relacionadas.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plano de Desenvolvimento Econômico e Social do Governo do Estado do Rio de Janeiro <p>Missão 1: Erradicação da extrema pobreza Missão 2: Garantia da Segurança Alimentar e Nutricional Missão 3: Segurança hídrica do território fluminense</p>						
<p>LIDERANÇA 8.2: Foram estabelecidas pelo governo, metas para ingestão de nutrientes de interesse e/ou grupos de alimentos relevantes, que atendam níveis de ingestão dietética recomendados pela OMS ou por agências nacionais.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plano de Ações Estratégicas de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis do ERJ - 2013 a 2022: especifica uma meta de aumentar em 1% o consumo de FLV regular e em 0,5% o consumo de FLV recomendado anualmente e que 100% das escolas com o PSE recebam ações educativas relacionadas ao consumo de alimentos com elevados teores de sódio, açúcar e gorduras; 						
<p>LIDERANÇA 8.3: Há diretrizes alimentares claras, de fácil interpretação e baseadas em evidências.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <p>Sem ação identificada.</p>						
<p>LIDERANÇA 8.4: Há um plano de implementação abrangente, transparente e atualizado (incluindo estratégias prioritárias de políticas e programas, marketing social e legislação) vinculado às necessidades e prioridades estaduais, para melhorar ambientes alimentares, reduzir a ingestão de nutrientes de risco de maneira a atender as recomendações da OMS e nacionais e reduzir as DCNT relacionadas à alimentação.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plano Estadual de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - 2013 a 2022 - Plano estadual de saúde - Plano estadual de SAN - PPA 						
<p>LIDERANÇA 8.5: As prioridades do governo foram estabelecidas para reduzir as desigualdades em relação à alimentação, nutrição, obesidade e DCNT.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PPA 2024-7 - INICIATIVA: 0138 - Fortalecimento da Atenção Nutricional e Segurança Alimentar e Nutricional - PRODUTO: 8833 - Pessoa acompanhada com condição de obesidade na APS - AÇÃO: 4539 - Alimentação, Vigilância, Promoção e Organização da Atenção Nutricional - Plano Estadual de Saúde - 2024-7 						
<p>GOVERNANÇA 9.1: Há procedimentos estruturados para restringir influências comerciais na definição e no desenvolvimento de políticas relacionadas a ambientes alimentares onde há conflitos de interesse com a melhoria da alimentação e nutrição da população.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Decreto nº 42.287 de 09 de fevereiro de 2010 - dispõe sobre o Conselho de Alimentação Escolar do Estado do Rio de Janeiro - CAE/RJ, e 						

dá outras providências.						
GOVERNANÇA 9.2: Há estratégias e procedimentos implementados para o uso de evidências para o desenvolvimento de políticas de alimentação e nutrição. Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro: - Uso de evidências em documentos e relatórios oficiais						
GOVERNANÇA 9.3: Há estratégias e procedimentos implementados para garantir a transparência no desenvolvimento de políticas de alimentação e nutrição. Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro: - Relatórios de Gestão da Área Técnica de Alimentação e Nutrição - Relatório de Gestão da SES						
GOVERNANÇA 9.4: O governo assegura acesso à informação abrangente sobre alimentação e nutrição e documentos chave (por exemplo, documentos sobre orçamento, revisões anuais de desempenho e indicadores de saúde) para o público. Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro: - Lei de Orçamento Anual - LOA - Plano Estadual de Saúde - PNS (2024-7). - Plano Estadual de Saúde - Relatórios Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN - Sistema de informação em Saúde – TabNet						
MONITORAMENTO 10.1: Sistemas de monitoramento, implementados pelo governo, monitoram regularmente, com base em parâmetros, diretrizes e metas o ambiente alimentar (especialmente em relação à composição dos alimentos, no que diz respeito à nutrientes críticos, à promoção e publicidade de alimentos para crianças, à qualidade nutricional da alimentação nas escolas e outros ambientes públicos). Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro: - Relatórios de gestão Conselho de Alimentação Escolar estadual						
MONITORAMENTO 10.2: Há monitoramento regular do estado nutricional e do consumo alimentar de adultos e crianças com base em metas específicas de ingestão ou níveis de ingestão recomendados. Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro: - Relatórios Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN - Sistema de informação em Saúde – TabNet						
MONITORAMENTO 10.3: Há monitoramento regular da prevalência de obesidade e sobrepeso em crianças e adultos por meio de avaliação antropométrica. Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro: - Relatórios Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN - Sistema de informação em Saúde – TabNet						
MONITORAMENTO 10.4: Há monitoramento regular da prevalência dos fatores de risco das DCNT e das taxas de ocorrência (por exemplo, prevalência, incidência, mortalidade) para as principais DCNT relacionadas com a alimentação. Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro: - Relatórios Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN - Relatórios produzidos pelas áreas técnicas da SES - ATAN e DANT - Sistema de informação em Saúde – TabNet						
MONITORAMENTO 10.5: Existe avaliação considerada suficiente das principais políticas e programas para avaliar a efetividade e contribuição para alcançar os objetivos das políticas e planos de alimentação, nutrição e saúde.						

<p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relatórios de gestão Secretaria estadual de saúde - Relatório gestão da ATAN 						
<p>MONITORAMENTO 10.6: Há o monitoramento regular dos progressos alcançados para reduzir as desigualdades em saúde e seus determinantes sociais e econômicos.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plano estadual enfrentamento as DCNT - foi identificado um relatório de monitoramento referente ao biênio 2013-4 - Relatórios de gestão SES 						
<p>RECURSOS 11.1: O orçamento para a "Promoção da alimentação e nutrição da população", como uma parte dos gastos com a saúde e/ou em relação aos custos da carga das DCNT relacionadas à alimentação, é suficiente para reduzir as doenças associadas à alimentação e DCNT.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recursos ATAN (FAN e outras fontes) - PPA 2024-7 - INICIATIVA: 0138 - Fortalecimento da Atenção Nutricional e Segurança Alimentar e Nutricional - AÇÃO: 4539 - Alimentação, Vigilância, Promoção e Organização da Atenção Nutricional - Deliberação CIB-RJ n.º 7.174 de 16 de março de 2023 - pactua o financiamento estadual para cirurgias eletivas na competência/2023 - programa estadual opera RJ. O Opera RJ é uma iniciativa da SES que tem como objetivo diminuir a fila de espera por cirurgias eletivas em todo o estado. - Deliberação conjunta ad referendum CIB RJ nº 116 de 04 de abril de 2023 - pactuar, ad referendum, o programa de financiamento da atenção primária à saúde do estado do rio de janeiro (PREFAPS) para o ano de 2023 - O PREFAPS tem o objetivo de apoiar a organização e qualificação da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. O Componente Sustentabilidade consiste no repasse de recursos financeiros calculados com base no número de equipes de Saúde da Família (eSF), Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (eSB/SF), Consultório na Rua (CnaR), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e Polos de Academia da Saúde (PAS). 						
<p>RECURSOS 11.2: Fundos governamentais para pesquisa tem como objetivo a melhoria dos ambientes alimentares, redução da obesidade, DCNT e desigualdades associadas.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Editais de Financiamento FAPERJ - Edital conjunto FAPERJ + SES com identificação de linhas prioritárias 						
<p>RECURSOS 11.3: Há uma agência oficial para a promoção da saúde que inclui objetivo de melhorar a alimentação e nutrição da população com orçamento público previsto.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ATAN (SES) e SAPS 						
<p>PLATAFORMAS 12.1: Há mecanismos formais de coordenação entre os departamentos/setores e os níveis de governo (nacional e local) para garantirem a coerência, o alinhamento e a integração de políticas de alimentação e nutrição, prevenção da obesidade e para a prevenção de DCNT relacionadas à alimentação.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CAISAN Estadual 						
<p>PLATAFORMAS 12.2: Há plataformas oficiais de interação regular entre o governo e o setor privado de alimentos para implementação de políticas para alimentação saudável.</p>						

<p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <p>Sem ação identificada.</p>						
<p>PLATAFORMAS 12.3: Há plataformas oficiais de interação regular entre o governo e a sociedade civil sobre políticas públicas e outras estratégias para melhorar a alimentação e nutrição da população.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CONSEA RJ - Conselho estadual de saúde - Comissão de segurança alimentar ALERJ - CAE estadual 						
<p>PLATAFORMAS 12.4: O governo lidera, a nível estadual, uma abordagem sistêmica ampla, eficaz e sustentável com organizações locais para tornar os ambientes alimentares saudáveis.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PPA 2024-7 						
<p>SAÚDE 13.1: Há processos para assegurar que a alimentação e nutrição da população, os impactos na saúde e a redução de desigualdades em saúde sejam consideradas e priorizadas no desenvolvimento de políticas públicas relacionadas à alimentação e nutrição.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sem ação identificada. 						
<p>SAÚDE 13.2: Há processos para avaliar e considerar os impactos em saúde durante o desenvolvimento de políticas não relacionadas diretamente à alimentação e nutrição.</p> <p>Ação desenvolvida no estado do Rio de Janeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lei Complementar 210, de 21 de julho de 2023 - Estabelece as regras de aplicação do Fundo de Combate à Pobreza 						

APENDICE II

Políticas	
Domínio 1 - Composição de Alimentos	
COM1	Definição de padrão de nutrientes críticos para os alimentos mais consumidos pela população fluminense
COM2	Redução do percentual de açúcar e sódio de alimentos processados e AUP
COM3	Obrigatoriedade de redução de sal (proibição de temperos pontos) em refeições de restaurantes comerciais
COM4	Criação de obrigatoriedade de apresentação de composição dos alimentos e refeições disponibilizadas na adm. pública (incluindo eventos)
COM5	Reduzir o uso de AUP na alimentação escolar
COM6	Sistemas de treinamento e apoio para que estabelecimentos que comercializam alimentos forneçam mais alimentos saudáveis
Domínio 2 - Rotulagem de alimentos	
ROT1	Cardápios com informações nutricionais obrigatórias
ROT2	Melhorar a exposição dos cardápios
ROT3	Obrigatoriedade de apresentação da composição nutricional nos cardápios de restaurantes
ROT4	Lei que exija a identificação frontal de cardápios de lanchonetes e restaurantes ou no modelo semafórico e que se estenda às cantinas escolares
ROT5	Ação de divulgação para população para tv e rádio
Domínio 3 - Promoção de alimentos	
PRO1	Proibição de propaganda com horário específico para evitar divulgação para público infantil
PRO2	Ampliar o alcance da iniciativa 0177 do PPA 2024-7 de forma a alcançar gestores municipais para secretarias para além da assistência social
PRO3	Restrição de publicidade e de brindes
PRO4	Proibição de AUP em unidades do poder público estadual
PRO5	Regulamentar e fiscalizar a Lei 4508 de 2005 especialmente em locais de grande circulação de pessoas e escolas privadas
PRO6	Ampliar número de centrais de abastecimento e bancos de alimentos de forma a apoiar a logística para aquisição de gêneros da agricultura familiar
PRO7	Taxação sobre alimentos não saudáveis e diminuição de taxas de alimentos saudáveis

PRO8	Criação de políticas de restrição a exposição de alimentos não saudáveis
Domínio 4 - Preço dos alimentos	
PREÇ1	Revisão da composição dos alimentos da lei da cesta básica estadual levando em consideração o decreto nacional de cesta básica
PREÇ2	Não financiamento a produtos que promovam DCNT
PREÇ3	Retirar a isenção fiscal de empresas que ameaçam a SAN
PREÇ4	Desonerar os alimentos in natura e minimamente processados origem agroecológica com objetivo de reduzir o preço dos alimentos
PREÇ5	Taxação de alimentos ultraprocessados
PREÇ6	Aumento da tributação dos agrotóxicos
PREÇ7	Retorno do Supera RJ e criação de incentivos nas regiões dos desertos alimentares
PREÇ8	Incentivo ao pequeno produtor de alimentos com redução de taxas para comercialização da produção
PREÇ9	Fomento ao acesso à água em populações de risco
PREÇ10	Debates acerca dos impostos sobre o preço dos alimentos
Domínio 5 - Provisão de alimentos	
PROV1	Aumentar oferta de restaurantes populares especialmente em áreas de vulnerabilidade social e/ou concentração de trabalhadores
PROV2	Ampliar aquisição de produtos da agricultura familiar em estabelecimentos
PROV3	Priorizar vias vicinais para escoamento de alimentos de pequenos produtores
PROV4	Proibir máquinas de vendas em estabelecimentos de saúde e escolas
PROV5	Universalização do direito a escolas integrais e creches públicas
PROV6	Selo de alimento saudável com divulgação massiva
PROV7	Inserção de frutas no programa café do trabalhador
Domínio 6 - Varejo de alimentos	
VAR1	Criação de ônibus varejão de alimentos para áreas de maior vulnerabilidade social
VAR2	Criação de áreas de zoneamento de regime oferta de AUP no entorno de equipamentos públicos como escolas, unidades de saúde e unidades de saúde e assistência social
VAR3	Proibir venda de produtos não saudáveis em farmácias

VAR4	Incentivar que os municípios estabeleçam feiras em áreas de desertos alimentares e incentivar a criação de feiras noturnas
VAR5	Criar uma plataforma pública para delivery
Domínio 7 - Comércio de alimentos	
COMR1	Reduzir impostos para locais que vendam predominantemente FLV
COMR2	Fornecimento de subsídio estadual para alimentos promotores de saúde (linha de crédito AGE RIO por exemplo)
COMR3	Rígido monitoramento a federações de comércio
Institucionalidade	
Domínio 8 - Liderança	
LID1	Criar Câmara de Monitoramento da Linha de Cuidado da obesidade
LID2	Atualizar o plano estadual de enfrentamento das DANTS
LID3	Estado publicizar documentos sobre avaliação nutricional e boletins
Domínio 9 - Governança	
GOV1	Disponibilizar curso voltado ao controle social voltando ao monitoramento do SISVAN pelo Telessaúde
GOV2	Recomposição efetiva das equipes de gestão de políticas públicas de alimentação e nutrição
GOV3	Relatórios de gestão com dados de todas as faixas etárias
GOV4	Criar a CIAN estadual
Domínio 10 - Monitoramento	
MON1	Fortalecer o controle social na saúde (implantar CIAN junto aos conselhos municipais de saúde)
MON2	Ações de monitoramento do plano estadual de SAN
MON3	Unificar os sistemas de informação em saúde
MON4	Incentivo a ampliação da circulação de dados sobre estado nutricional e cruzamento deles
MON5	Monitorar NBCAL via vigilância sanitária
MON6	Ampliar cobertura do SISVAN com recursos materiais e humanos
MON7	Incentivo financeiro para aplicação de monitoramento do consumo alimentar
MON8	Ações de intervenção do estado em escolas privadas e públicas para o monitoramento do cumprimento da lei
MON9	Incluir áreas como vigilância sanitária