



Estratégia Intersetorial de **Prevenção da** **obesidade**

Obesidade como questão social
e interseccional

Brasília- DF, 2025





Estratégia Intersetorial de Prevenção da obesidade

Obesidade como questão social
e interseccional

Brasília- DF, 2025



B823e Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

Estratégia Intersetorial de Prevenção da Obesidade [recurso eletrônico] : obesidade como questão social e interseccional/Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Ouro Preto : ENUT/UFOP, 2025.

82 p. : il.; color.; tab.

1 recurso online.

Publicação digital (e-book) no formato PDF.

ISBN: 978-65-89785-46-0

1. Obesidade. 2. Política Pública. 3. Segurança Alimentar e Nutricional. 4. Política Social. 5. Nutrição. I. Título.

CDU: 612.43

Bibliotecária responsável: Sônia Marcelino - CRB6-2247 (SISBIN/UFOP)

CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

PLENO MINISTERIAL

Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome - Presidência
JOSÉ WELLINGTON BARROSO DE ARAÚJO DIAS

Secretaria-Geral da Presidência da República
MÁRCIO COSTA MACÊDO

Casa Civil da Presidência da República
RUI COSTA DOS SANTOS

Ministério da Fazenda
FERNANDO HADDAD

Ministério do Planejamento e Orçamento
SIMONE NASSAR TEBET

Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar
LUIZ PAULO TEIXEIRA FERREIRA

Ministério da Saúde
ALEXANDRE ROCHA SANTOS
PADILHA

Ministério da Educação
CAMILO SOBREIRA DE SANTANA

Ministério da Agricultura e Pecuária
CARLOS HENRIQUE BAQUETA FÁVARO

Ministério do Trabalho e Emprego
LUIZ MARINHO

Ministério da Pesca e Aquicultura
ANDRÉ CARLOS ALVES DE PAULA FILHO

Ministério do Meio Ambiente e Mudança do Clima
MARIA OSMARINA MARINA DA S.VAZ DE LIMA

Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania
MACAÉ MARIA EVARISTO DOS SANTOS

Ministério das Mulheres
MÁRCIA HELENA CARVALHO LOPES

Ministério da Igualdade Racial
ANIELLE FRANCISCO DA SILVA FRANCO

Ministério dos Povos Indígenas
SONIA BONE DE SOUSA SILVA SANTOS

Ministério das Relações Exteriores
MAURO LUIZ IECKER VIEIRA

Ministério das Cidades
JADER FONTENELLE BARBALHO FILHO

Ministério da Integração e Desenvolvimento Regional
ANTÔNIO WALDEZ GÓES DA SILVA

Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação
LUCIANA BARBOSA DE OLIVEIRA SANTOS

Ministério da Previdência Social
WOLNEY QUEIROZ MACIEL

Ministério da Cultura
MARGARETH MENEZES DA PURIFICAÇÃO COSTA

Ministério da Justiça e Segurança Pública
ENRIQUE RICARDO LEWANDOWSKI

Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos
ESTHER DWECK

PLENO EXECUTIVO

Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome

VALÉRIA BURITY

LILIAN DOS SANTOS RAHAL

Secretaria-Geral da Presidência da República

KELLI CRISTINE DE OLIVEIRA MAFORT

ANA MARIA CORREA CONEGUNDES

Casa Civil da Presidência da República

PEDRO HELENA PONTUAL MACHADO

DANIELLE CHALUB CORES

Ministério da Fazenda

GILSON BITTENCOURT

DAIANE RAMON DE ALCÂNTARA

Ministério do Planejamento e Orçamento

DANYEL IÓRIO DE LIMA

FÁBIO REGIS SPARREMBERGER

Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar

FERNANDA MACHIAVELI

MARINA GODOI DE LIMA

Ministério da Saúde

KELLY POLIANY DE SOUZA ALVES

JANNE RUTH NUNES NOGUEIRA

Ministério da Educação

FERNANDA MARA DE

O.M.C.PACOBAYBA

KARINE SILVA DOS SANTOS

Ministério da Agricultura e Pecuária

PEDRO ALVES CORRÊA NETO

CARLOS GOULART

Ministério do Trabalho e Emprego

GILBERTO DE CARVALHO

IRACEMA FERREIRA DE MOURA

Ministério da Pesca e Aquicultura

CRISTIANO WELLINGTON NOBERTO

RAMALHO

DIEGO MARTINS NUNES

Ministério do Meio Ambiente e Mudança do Clima

ÉDEL NAZARÉ SANTIAGO DE MORAES

DANIEL PETER BENIAMINO

Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania

JANINE MELLO DOS SANTOS

MARINA FARIA REBELO

Ministério das Mulheres

ROSANE DA SILVA

SANDRA KENNEDY VIANA

Ministério da Igualdade Racial

RACHEL BARROS DE OLIVEIRA

RAFAEL CENTENO DE REZENDE

Ministério das Relações Exteriores

SAULO ARANTES CEOLIN

PAULO GUAPINDAIA JOPPERT

Ministério das Cidades

LUIZ PAULO DE OLIVEIRA

FRANCISCO JOSUÉ MEDEIROS DE

FREITAS

Ministério da Integração e Desenvolvimento Regional

ALEXANDRE BASTOS PEIXOTO

WELLYNGTON SABDRELLY CALDAS

FERREIRA

Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação

SÔNIA DA COSTA

FERNANDA GOMES RODRIGUES

Ministério da Previdência Social

LUCIANO GARCIA LOURENÇO

RAFAEL GOMES FRANÇA

Ministério da Cultura

MÁRCIA HELENA GONÇALVES
ROLLEMBERG
CAROLINA GONÇALVES DE FREITAS

Ministério da Justiça e Segurança Pública

SHEILA SANTANA DE CARVALHO
PRISCILLA DOS SANTOS ROCHA

Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos

YVES BASTOS ZAMBONI FILHO
REGINA LEMOS DE ANDRADE

SECRETARIA EXECUTIVA

VALÉRIA BURITY

Secretário(a) Extraordinário(a) de Combate à Pobreza e à Fome

GISMÁLIA LUIZA PASSOS TRABUCO
Diretor(a) de Programa

ALEXANDRE ARBEX VALADARES
Diretor(a) de Programa

ÉLCIO DE SOUZA MAGALHÃES
Coordenador(a)-Geral de Articulação Federativa do Sisan

NATÁLIA GEBRIM DORIA
Coordenador(a)-Geral de Apoio à Gestão do Sisan

LEONARDO RAUTA MARTINS
Gerente de Projeto

FERNANDO RABELLO PAES DE ANDRADE
Gerente de Projeto

SERGIO RICARDO ISCHIARA
Chefe de Gabinete

EXPEDIENTE

WELLINGTON DIAS

Ministro do Desenvolvimento e da Assistência Social, Família e Combate à Fome

Organização

Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome

Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

LILIAN RAHAL

Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

PATRICIA CHAVES GENTIL

Diretora de Departamento de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

GISELE ANE BORTOLINI

Coordenadora-Geral de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

Grupo de Trabalho da Estratégia Intersetorial de Prevenção da Obesidade

Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS)

Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar

Ministério da Educação

Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação

Ministério da Saúde

Ministério das Mulheres

Ministério do Esporte

Ministério do Meio Ambiente

Ministério das Cidades

Ministérios dos Povos Indígenas

Ministério da Igualdade Racial

Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação

Secretaria-Geral da Presidência da República

Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

Elaboração do texto

Janine Giuberti Coutinho

Gisele Ane Bortolini

Glauciene Analha Leiter

Bruna Pitasi Arguelhes

Mariana Zogbi Jardim

Felipe Silva Neves

Ariene Silva do Carmo

Erika Cardoso dos Reis

Revisão do texto

Karla Patrycia Moreira de Sousa

Marcela Iwano

Milena Serenini

Cláudia Roberta Bocca Santos

Gabriela Bioni e Silva

Thais Fonseca Veloso de Oliveira

Helissa de Oliveira Mendonça Moreira

Maria de Fátima Cruz Correia de Carvalho

Colaboração e revisão

Participantes do grupo de trabalho instalado no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional

Projeto Gráfico

e Diagramação

Luiza Martins da Costa Vidal

Gabrielle Stoiani

(ASCOM/MDS)



COLABORAÇÃO

ACT Promoção da Saúde

Bruna Kulik Hassan
Marilia Sobral Albiero
Priscila Diniz

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

Liliane Alves Fernandes
Patrícia Fernandes
Renata Zago Diniz Fonseca
Rodrigo Martins de Vargas
Tiago Lanius Rauber

Associação Brasileira de Nutrição - ASBRAN

Glaucia Rodrigues Medeiros
Vanile Valério

Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO

Luciene Burlandy

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e a Síndrome Metabólica - ABESO

Maria Edna de Melo

Associação Umane

Evelyn Santos
Henrique Andrade

Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA

Elisabetta Recine
Inês Rugani
Rafaella Lemos Alves

Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF

Maaike Arts
Regicely Aline
Stephanie Amaral

Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE

Isabela Alves
Karine Silva dos Santos
Mariana Belloni
Marília Barreto

Instituto de Defesa de Consumidores - IDEC

Ana Maria Maya Martins
Laís Amaral Mais

Instituto Desiderata

Rafael Barreto
Renata Couto

Instituto Nacional de Câncer - INCA/MS

Camille Vitoriano R. Pereira
Fabio Fortunato Brasil de Carvalho
Luciana Grucci Maya
Maria Eduarda Leão Diogenes Melo

Ministério da Agricultura e Pecuária - MAP

Fabricio Pedrotti

Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação - MCTI

Luciane da Graça da Costa

Ministério da Cultura - MinC

Carolina Freitas

Ministério da Educação - MEC

Daiane Lopes

Ministério da Fazenda - MF

Monica Avelar Antunes Netto

Ministério da Igualdade Racial - MIR

Ana Míria dos Santos Carinhanha
Barbara Gama
Maria Dandara de Almeida

Ministério da Integração e do Desenvolvimento Regional - MDR

Marilda Oliveira de Britto Cohen

Ministério da Pesca e Aquicultura - MAPA

Karoline Aires Ferreira Vasconcelos

Ministério da Previdência Social - MPS

Luciano Garcia Lourenço

Ministério da Saúde - MS

Ana Lorena Ferreira
Anna Beatriz Souza Antunes
Carla Renata dos Santos Marques
Claudia Raulino Tramontt
Filipe Mendes
Flávia Avelino
Gabriele Carvalho de Freitas
Geórgia Maria de Albuquerque
Juliana Machado
Kelly Poliany de Souza Alves

Lúcia Helena Almeida Gratão
Ludimyla dos Santos V. Rodrigues
Renara Guedes Araújo
Renato Domith Godinho
Tayana Macedo Pinheiro

Ministério das Mulheres - MM

Fernanda Claudia Ferreira
Rayanne Sousa Caetano

**Ministério do Desenvolvimento
Agrário e Agricultura Familiar - MDA**

Iorrana Lisboa Camboim
Isabella Elena Lima Furtado
Roseli Zerbiniato

**Ministério do Desenvolvimento e
Assistência Social, Família e Combate
à Fome - MDS**

Adenilma da Silva Farias
Alice Ishikawa Larú
Camila Linche
Camila Salvador Cipriano
Caroline Moreira
Elaine Chaves
Elcio de Souza Magalhães
Laura Sollero de Paula
Luiza Torquato
Luiza Trabuco
Lyssa Matsuura
Maria Eduarda Coelho
Natalia Doria
Paula Rincon Afonso Costa
Paulo Lima
Renata Bravin
Sara Maria Lima Batista
Tallyta Cardoso Drummond
Tatiane Nunes Pereira
Tuanny Karen Ramos
Wesley Silva Carvalho

Ministério do Esporte - MESP

Haímie Carvalho
Ludmila Ferreira Martins Costa Abadia

**Ministério dos Direitos Humanos e da
Cidadania - MDH**

Jaluzza Alves
Laura Fernanda Zacher

Ministério dos Povos Indígenas - MPI

Bruno de Moura Santos
Leosmar Antônio
Lina Apurinã

Organização Mundial da Saúde - OMS

Luisete Bandeira

**Organização Pan-Americana da Saúde
- OPAS**

Fábio Gomes

Painel Brasileiro da Obesidade

Doralice Ramos

Pastoral da Criança

Caroline Caus Dalabona

Presidência da República

Islândia Bezerra da Costa

**Programa Mundial de Alimentos -
PMA**

Eliene Sousa
Osiyalle Rodrigues

**Sociedade Brasileira de Pediatria -
SBP**

Fabiola Suano

Universidade de São Paulo - USP

Carolina Kikuta

**Universidade do Estado do Rio de
Janeiro - UERJ**

Luiz Saldanha
Ricardo Brandão Oliveira

Universidade Federal da Bahia - UFBA

Poliana Cardoso

**Universidade Federal de Minas Gerais
- UFMG**

Larissa Loures Mendes
Rafael Claro

**Universidade Federal de São Paulo -
UNIFESP**

Lia Thieme Oikawa
Samantha Bittencourt

**Universidade Federal do Paraná -
UFPR**

Jonas Augusto

APRESENTAÇÃO

A obesidade, assim como a fome, é uma questão social que atinge de forma desigual a população mais vulnerabilizada. Não é uma demanda individual, pelo contrário, há um conjunto de evidências que mostram que os sistemas alimentares hegemônicos não favorecem o acesso a alimentos mais saudáveis pela população, reforçando o acesso, a disponibilidade e o consumo dos alimentos ultraprocessados, que estão diretamente relacionados à determinação da obesidade, às doenças crônicas e a mortes precoces. Adicionalmente, há barreiras para que as pessoas sejam fisicamente mais ativas, condição que também não se resume à vontade e ao esforço pessoal, uma vez que é um comportamento complexo e multifatorial.

Promover sistemas alimentares saudáveis e sustentáveis, oportunizando o acesso a alimentação adequada e saudável, por meio do apoio à produção, distribuição, comercialização, e consumo de alimentos saudáveis, juntamente com ações de educação alimentar e nutricional que considerem a diversidade de culturas alimentares deve ser compromisso de todos. Nesse contexto, a Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), retomou a importância de renovação da Estratégia Intersetorial de Prevenção da Obesidade, lançada em 2014 e interrompida em 2018, no âmbito dos novos compromissos assumidos no Planejamento Plurianual do Governo Federal 2024-2027, do Planejamento Estratégico do MDS e do Plano Brasil sem Fome.

Considerando a necessidade de um chamamento à população, aos governos e à sociedade civil para a compreensão e a abordagem da obesidade como uma questão permeada de preconceitos e estigmas que ocultam sua multi-determinação política, econômica, social, cultural e ambiental, a Estratégia foi retomada e organizada no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional, e contou com a participação de vários setores de governo, sociedade civil e pesquisadores. A nova Estratégia será implementada no âmbito do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan), instituído pela Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, e da Política Nacional

de Segurança Alimentar e Nutricional, estabelecida pelo Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010, com ativa participação social.

É nesse contexto que se apresenta a nova Estratégia, a qual não se limita à prevenção e à condição crônica da obesidade. Inclui ações de promoção e cuidado para brasileiras e brasileiros, independentemente do estado nutricional (com peso adequado, sobrepeso ou obesidade) e fase do ciclo da vida. A nova Estratégia assume que a obesidade é uma questão social que precisa ser abordado de forma intersetorial e interseccional. E, diante de sua múltipla e complexa determinação, as intervenções estarão articuladas com outras políticas públicas vinculadas à produção, acesso, abastecimento, consumo de alimentos adequados e saudáveis e de promoção da atividade física por meio da oferta de ações de esporte e lazer e do fomento à mobilidade urbana.



LISTA DE SIGLAS

- Caisan – Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional
- Consea – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
- DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis
- DHAA – Direito humano à alimentação adequada
- ENANI – Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
- InSAN – Insegurança Alimentar e Nutricional
- MDS – Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
- MS – Ministério da Saúde
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
- PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
- PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
- POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares
- SAN – Segurança Alimentar e Nutricional
- Sesan – Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
- SISAN – Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
- SUAS – Sistema Único de Assistência Social
- SUS – Sistema Único de Saúde
- Unicef, sigla em inglês – Fundo das Nações Unidas para a Infância
- Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico



SUMÁRIO

1	Contexto	16
2	Estratégia Intersetorial de Prevenção da Obesidade: uma breve retrospectiva da primeira edição	24
3	Por que uma nova Estratégia Intersetorial de Prevenção da Obesidade?	26
4	O desenvolvimento da Estratégia Intersetorial de Prevenção da Obesidade	28
5	O que queremos transformar? Objetivos, eixos e ações estratégicas	34
6	Transformação dos objetivos em realidade: a implementação	47
7	Governança, incluindo monitoramento e avaliação	49
8	Considerações finais	56
	Referências	58
	Apêndice	67



1 CONTEXTO

Direito humano à alimentação adequada, sistemas e ambientes alimentares

O **direito humano à alimentação adequada** (DHAA) deve ser promovido e garantido a todas as pessoas. No Brasil, esse direito está previsto na Constituição Federal¹ e implica o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidades suficientes, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.²

A violação deste direito determina diferentes graus de insegurança alimentar e nutricional (InSAN), que podem se manifestar em diversas formas de má nutrição, como as carências de micronutrientes, a desnutrição, o sobrepeso e a obesidade. Todos são desfechos negativos que têm como principais determinantes os sistemas alimentares.³⁻⁷

Os **sistemas alimentares** são compreendidos como um conjunto de elementos (ambiente, pessoas, insumos, processos, infraestrutura, instituições, dentre outros) e atividades relacionadas a produção, processamento, distribuição, preparação e consumo de alimentos, bem como os produtos dessas atividades, incluindo resultados socioeconômicos e ambientais.⁸ São influenciados por fatores sociais, políticos, culturais, tecnológicos, econômicos e ambientais, todos entrelaçados. Suas ações impulsionadoras e seus resultados e impactos estão conectados por meio de ciclos de retroalimentação e sinergias. Os sistemas envolvem uma diversidade de participantes do setor privado, público e da sociedade civil, o que requer governança em múltiplos níveis.^{6,8}

No contexto dos sistemas alimentares, encontram-se os **ambientes alimentares**, que são compreendidos como uma interface entre o sistema alimentar

e as pessoas. Referem-se aos contextos físicos, sociais, econômicos e políticos nos quais as pessoas interagem, adquirem e consomem os alimentos. Envolvem os pontos formais e informais de venda de alimentos, os ambientes organizacionais (como instituições de ensino, ambientes de trabalho, unidades básicas de saúde e hospitais, ambientes digitais e outros locais) e ambientes de vias públicas (como a venda de alimentos em meios de transporte e outros locais).⁹⁻¹² Desse modo, as escolhas alimentares das pessoas são influenciadas por diversos fatores. Entre os mais importantes está a facilidade de acesso físico e econômico aos alimentos, ou seja, a proximidade e o preço. Além disso, o acesso a informações, a promoção e a publicidade desempenham um papel significativo na aquisição dos alimentos pelas pessoas. Todos esses elementos moldam o comportamento alimentar.⁸

Os ambientes alimentares, especialmente o doméstico, são frequentemente vistos como responsabilidade das mulheres, que desempenham um papel central na produção e no acesso à alimentação nas famílias. Reconhecer essa atividade como um direito humano compartilhado com outros membros da família, a comunidade e o Estado, pode contribuir para um ambiente alimentar mais saudável. Essa divisão de responsabilidades alivia a carga de trabalho das mulheres.¹³

Sindemia global de obesidade, desnutrição e mudanças climáticas

A obesidade, a desnutrição e as mudanças climáticas são fenômenos que ultrapassam as fronteiras dos países, ocorrem de forma concomitante, compartilham determinantes e se retroalimentam. A combinação dessas epidemias e suas características formam o que se denomina “sindemia global”.⁶ Suas causas passam pelos interesses comerciais que orientam o modelo hegemônico do sistema alimentar, caracterizado pela produção em grandes monoculturas – milho, açúcar e outros –, que, na maioria das vezes, são direcionados para a produção de alimentos ultraprocessados.¹⁴

A forma hegemônica, que vai da produção ao consumo de alimentos, é marcada por disputas, alternativas tecnológicas excludentes e interesses mercadológicos em detrimento ao DHAA, e contribui para permanência das desigualdades, da pobreza e da fome. Esse sistema favorece a maior exposição e estímulo ao consumo de alimentos ultraprocessados, que por sua vez tem apresentado risco associado a mais de 32 eventos adversos de saúde, incluindo a obesidade.¹⁵ No Brasil, quase 30% do aumento da prevalência da obe-

sidade entre os anos de 2002 e 2009 se deve ao consumo progressivo de ultraprocessados.¹⁶ Apenas o consumo de ultraprocessados foi responsável por cerca de 57 mil mortes prematuras entre brasileiros de 30 a 69 anos de idade em 2019.¹⁷

Além disso, a produção, a distribuição e o consumo de ultraprocessados são partes de uma atual conformação de sistemas alimentares responsáveis por aproximadamente 21-37% das emissões de gases do efeito estufa¹⁸, que contribuem para as mudanças climáticas. Tais mudanças se manifestam por meio do aumento das temperaturas médias, alterações nos padrões de precipitação e intensificação da frequência e severidade de eventos climáticos extremos, como furacões, ciclones, secas e inundações. Como consequência dessas mudanças, há um impacto na produção de alimentos, especialmente na agricultura familiar, dificultando a disponibilidade e o acesso da população aos alimentos saudáveis, uma vez que são os agricultores familiares que produzem os alimentos *in natura* e minimamente processados que promovem alimentação adequada e saudável para toda a população.

No contexto de uma sindemia relacionada à obesidade, especialmente em uma população marcada pela diversidade, como é o caso do Brasil, torna-se imprescindível a incorporação do conceito de “interseccionalidade”. Este constructo sociológico orienta a análise crítica das dinâmicas pelas quais estruturas sociais e econômicas desiguais se articulam a distintas formas de opressão — como o racismo, o sexism, a opressão de classe, entre outras — produzindo e reproduzindo subalternidades. Tais interações estruturam e mantêm desigualdades sistêmicas, além de implicar em violações dos direitos de múltiplos grupos historicamente marginalizados.¹⁹⁻²²

No âmbito da alimentação e nutrição, as relações entre gênero, raça/cor, nível socioeconômico e ambientes alimentares devem ser consideradas, uma vez que uma análise interseccional que compreende as desigualdades raciais, de gênero e socioeconômicas podem impactar na organização do cuidado com a alimentação doméstica, na aquisição e preparo de alimentos saudáveis e nos padrões de consumo.¹³ A compreensão da obesidade está além do contexto biológico, sendo necessário considerar as interações sociais, afetivas, culturais e econômicas que influenciam o contexto do planejamento e consumo de alimentos.^{23,24}

Nesse contexto, a construção da Estratégia Intersetorial de Prevenção da Obesidade compreende a interseccionalidade como uma ferramenta teórica,

metodológica e política para intervenções que consideram as estruturas sociais desiguais em detrimento da mera individualização e culpabilização das pessoas com obesidade.

A obesidade: cenário no mundo e no Brasil, e suas repercussões

A obesidade é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença^{25,26} determinada primordialmente por ambientes e sistemas alimentares hegemônicos⁸ que favorecem o aumento do consumo de ultraprocessados.²⁷ Além de ser uma doença, a obesidade também é fator de risco para depressão e outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes, hipertensão e câncer.⁸

Em 2022, 159 milhões de crianças e adolescentes, e 879 milhões de adultos no mundo viviam com obesidade, somando mais de um bilhão de pessoas afetadas pela doença. Ou seja, uma em cada oito pessoas vivia com obesidade no planeta.^{8,28} O Atlas da Obesidade de 2024 reconheceu que todos os países são afetados pelo sobrepeso e obesidade (categorias que, juntas, constituem o excesso de peso).²⁹

A tendência global de aumento da prevalência do excesso de peso também é vista no Brasil por meio de um conjunto de informações de diferentes inquéritos que são realizados periodicamente. Os últimos dados antropométricos aferidos no Brasil, por meio da segunda edição da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2019, mostraram que mais da metade (60,3%) dos adultos brasileiros tinham excesso de peso e a obesidade atingia 25,0%. Entre os adolescentes (15 a 17 anos), 19,4% tinham excesso de peso (1,8 milhão), sendo 22,9% no sexo feminino e 16,0% no sexo masculino. E para a obesidade, o comportamento foi similar, 8,0% e 5,4% respectivamente.³⁰

Quanto à Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), os últimos resultados (2023) mostraram que a prevalência de excesso de peso na população das capitais brasileiras e do Distrito Federal, acima de 18 anos, foi de 61,4%, tendo se elevado com a idade até os 54 anos e reduzido com o aumento da escolaridade. A prevalência de adultos com obesidade foi de 24,3%.³¹

Dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), realizado em 2019, mostraram que, das 14.558 crianças avaliadas, a prevalência

de excesso de peso em menores de cinco anos no Brasil foi de 10,1%, sendo que crianças de 12 a 23 meses apresentaram a maior prevalência (13,7%). Em relação à prevalência de excesso de peso (sobre peso e obesidade com escore $z > 2$) por raça/cor, os dados revelaram que entre as crianças de raça/cor amarela, a prevalência foi de 22,2%. Em seguida, vieram as crianças de raça/cor branca, com prevalência de 10,5%, as de raça/cor parda, com 9,7%, e as de raça/cor preta, com 9,3%. Para a população indígena, as estimativas não foram calculadas devido ao tamanho reduzido da amostra.³²

Para além dos inquéritos, é fundamental o monitoramento das informações dos serviços de saúde a partir do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Em 2022, 20,1% das crianças de 0 a 7 anos acompanhadas pelo Programa Bolsa Família estavam com excesso de peso e 10,4%, com obesidade.³³

Apesar da obesidade estar presente em todo o Brasil, ao adotar uma perspectiva interseccional, ou seja, que considera a sobreposição das categorias de raça/cor, etnia, nível socioeconômico, gênero, orientação sexual, faixa etária, nacionalidade, entre outras no agravamento da obesidade²¹, evidencia-se que o impacto desta questão social não é igual para todas as pessoas, afe- tando desigualmente as experiências individuais na vida cotidiana. Estudos revelam que mulheres negras enfrentam maiores prevalências de excesso de peso e obesidade.^{24,31,33,34}

Um estudo encomendado pelo Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) a partir das informações da PNS e da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), ambas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em parceria com o Ministério da Saúde e o Ministério da Economia, respectivamente, revelou que as mulheres que se autodeclararam negras apresentaram maiores prevalências de excesso de peso (58,8%) e obesidade (24,5%), em comparação a mulheres brancas. As mulheres negras com mais de 1 salário-mínimo apresentaram maior prevalência de excesso de peso (59,2%), se comparadas às mulheres brancas com mesma renda.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua de 2019 mostraram que as mulheres dedicam mais que o dobro das horas semanais ao trabalho doméstico e de cuidados não remunerado em comparação aos homens. Essa realidade coincide com as taxas mais elevadas de excesso de peso entre mulheres negras, refletindo uma organização social desigual do trabalho de cuidados no País. Esse trabalho inclui atividades como preparo

de alimentos, limpeza e assistência a pessoas com diferentes graus de dependência, garantindo bem-estar e sustentação da vida, em casa ou em espaços públicos e institucionais.³⁵

Da mesma forma, o estigma e o preconceito sofrido pelas pessoas que vivem com obesidade são ainda mais intensos quando se considera os aspectos raciais, de gênero e do nível socioeconômico.²³ As evidências indicam que homens e mulheres com obesidade não heterossexuais sofrem mais com o estigma do que os heterossexuais.^{36,37} Além disso, o estigma da obesidade impacta a vida das mulheres também no mundo do trabalho, confirmado por uma pesquisa que aponta que mulheres brancas com excesso de peso têm menos probabilidade de serem empregadas e, quando empregadas, enfrentam salários mais baixos, em comparação com mulheres com peso adequado.³⁸

Outro aspecto importante é o olhar para a população indígena. Dados do Sistema de Atenção à Saúde Indígena mostram que, em 2022, 7,4% das crianças menores de cinco anos acompanhadas pelo sistema apresentaram déficit de peso para idade (6.751 crianças) e 2,9% (2.685 crianças) apresentaram peso elevado para idade (2022).³⁹

As atuais prevalências de excesso de peso e obesidade, e as estimativas de seu aumento com base nas tendências atuais são preocupantes. De 2020 até 2035, a obesidade irá mais que duplicar – de 5,0% para 11,0% entre os homens, e de 14,0% a 26,0% entre as mulheres. Entre as crianças e os adolescentes, estima-se que as prevalências de obesidade serão triplicadas, com uma projeção de aumento de 4,0% para 13,0% entre as meninas e de 2,0% para 6,0% nos meninos.⁸

No Brasil, um estudo estimou que a prevalência combinada de sobrepeso e obesidade alcance 68,1% em 2030. A estimativa de obesidade entre as mulheres para 2030 é de 30,2% e a de sobrepeso é de 37,7%, enquanto para os homens a estimativa de obesidade para o mesmo ano é de 28,8% e sobre peso, de 39,7%. Além de outras vulnerabilidades sociais, gênero, raça/cor e nível de escolaridade são fatores que chamam atenção nas projeções. Em 2030, a estimativa para a obesidade entre pessoas brancas é de 27,6% e para sobre peso é de 38,8%, enquanto para negros e outras etnias combinadas de 38,2% para sobre peso. E, para aqueles com maior nível de escolaridade, a estimativa para a obesidade em 2030 é de 26,2%, enquanto para menor nível de escolaridade é de 35,4%.⁴⁰

Para além de afetar a saúde dos indivíduos, a obesidade gera repercussões para a qualidade de vida das pessoas e suas famílias, para a saúde pública e para a economia. Países sem políticas robustas de proteção social, com sistemas de saúde sem cobertura universal ou subfinanciados, tendem a agravar a vulnerabilidade econômica das populações com obesidade. Além disso, essas famílias podem enfrentar um comprometimento no mercado de trabalho para cuidar de parentes enfermos.⁸

O Brasil possui um sistema de proteção social em que a saúde, a assistência social e a previdência social visam a integralidade do cuidado às pessoas, sobretudo as mais vulnerabilizadas.⁴¹ Os Dados do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam que a presença e o aumento do número de indivíduos com excesso de peso e obesidade resultaram em maiores gastos em saúde, com destaque para as despesas com medicamentos e planos de saúde.⁴²

De 2013 a 2022, a obesidade gerou um custo de R\$ 225,7 milhões ao nosso sistema de saúde, somente com as crianças e adolescentes. No ano de 2018, os gastos totais com os cânceres associados ao excesso de peso foram de R\$ 2,36 bilhões, podendo atingir R\$ 5,66 bilhões/ano em 2040. Estima-se ainda que os gastos diretos anuais do SUS com o tratamento de doenças relacionadas à obesidade possam chegar a R\$ 1,5 bilhão.⁴³

De acordo com estudos sobre custos das despesas ambulatoriais e de internação (custos diretos), e custos relativos aos anos de vida produtiva perdidos (custos indiretos) da obesidade, constatou-se que cerca de 1,8 bilhão de dólares (R\$ 9,3 bilhões) seriam gastos no custo direto com os cuidados em saúde entre 2021 e 2030, ao passo que os custos indiretos seriam de 20,1 bilhões de dólares (R\$103,8 bilhões).⁴⁴

Padrão de consumo alimentar e da prática de atividade física na população brasileira

Ao se analisar o padrão de consumo alimentar da população brasileira e a relação entre o consumo de alimentos ultraprocessados e a obesidade, os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2017-2018 revelam que, em comparação com o período de 2008-2009, houve uma redução na disponibilidade domiciliar de alimentos in natura ou minimamente processados (de 50,4% para 49,5% do total de calorias), bem como de ingredientes culinários (de 24,2% para 22,3%). Em contrapartida, observou-se um aumen-

to na disponibilidade de alimentos processados (de 9,4% para 9,8%) e, especialmente, de ultraprocessados (de 16,0% para 18,4%).⁴⁵

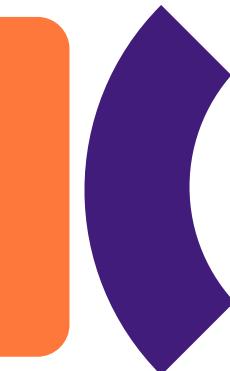
Destaca-se, ainda, que a comparação entre os dados das duas edições da POF evidencia um crescimento mais acentuado no consumo de ultraprocessados entre os grupos populacionais mais vulneráveis. No período analisado, o consumo desses alimentos aumentou, em média, 1,02 ponto percentual (p.p.), sendo esse incremento mais expressivo entre pessoas pretas (+2,04 p.p.), indígenas (+5,96 p.p.), residentes em áreas rurais (+2,43 p.p.), indivíduos com até quatro anos de escolaridade (+1,18 p.p.), grupos de menor renda (+3,54 p.p.) e nas regiões Norte (+2,95 p.p.) e Nordeste (+3,11 p.p.). Em contraste, observou-se uma redução no consumo de ultraprocessados entre pessoas com maior escolaridade (-3,30 p.p.) e renda (-1,65 p.p.).²⁷

Entre crianças, o ENANI mostrou que a prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados entre crianças de 6 a 23 meses foi de 80,5%, sendo mais elevada no Norte (84,5%), e a prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados entre crianças de 24 a 59 meses de idade foi de 93,0%, sendo maior na região Sudeste (95,2%).⁴⁶

Dados do Vigitel realizado em 2023, mostram que a prevalência de consumo de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados por adultos acima de 18 anos no dia anterior à entrevista foi de 17,7%, sendo mais elevada entre homens (22,0%) do que entre mulheres (14,1%). Para a população total, este indicador tende a diminuir com a idade e foi mais elevado no estrato de pessoas que possuem entre 9 a 11 anos de escolaridade.³¹

Em relação à atividade física, dados do Vigitel³¹ também mostram que a prevalência da prática semanal da atividade física no tempo livre foi de 40,6%, sendo maior entre homens (45,8%) do que entre mulheres (36,2%). Vale citar que, no conjunto da população adulta estudada, 50,1% não alcançaram um nível suficiente de prática de atividade física (37,0% de prática insuficiente e 13,1% foram fisicamente inativos), cenário que contribui para a evolução do excesso de peso na população.³¹

Em relação aos adolescentes, dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizada em 2019 apontam que 28,1% dos estudantes brasileiros de 13 a 17 anos foram classificados como fisicamente ativos na semana anterior à pesquisa, enquanto 8,7% dos escolares estavam inativos e 61,8% dos alunos foram classificados como insuficientemente ativos. Foram encon-



tradas grandes diferenças regionais nas estimativas de escolares fisicamente ativos segundo sexo, o que denota o impacto das desigualdades de gênero na prática de atividade física entre adolescentes, que se intensificam com o avanço da idade. No Brasil, 38,5% de escolares do sexo masculino e 18,0% do sexo feminino foram classificados como ativos. Esse perfil intensificou-se para o total de municípios das capitais (homem, 39,0%; mulher, 18,5%), cuja variação por sexo atingiu 111%.⁴⁷

2 ESTRATÉGIA INTERSETORIAL DE PREVENÇÃO DA OBESIDADE: UMA BREVE RETROSPECTIVA DA PRIMEIRA EDIÇÃO

Em 2014, o MDS publicou, por meio da Caisan, a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade.⁴⁸ A Estratégia era pautada em seis grandes eixos de ação: disponibilidade e acesso à alimentos adequados e saudáveis; ações de educação, comunicação e informação; promoção de modos de vida saudáveis em ambientes específicos; vigilância alimentar e nutricional; atenção integral à saúde do indivíduo com sobrepeso e obesidade na rede de saúde e regulação e controle da qualidade e inocuidade dos alimentos.⁴⁸

O documento elaborado no âmbito da Caisan, com a participação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) e da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), tinha como objetivo organizar as orientações de forma articulada, conjunta e intersetorial para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade e seus determinantes no Brasil. Para cada um dos eixos, foram propostas ações que poderiam ser realizadas pelos estados e municípios.⁴⁸

No ano seguinte, foi publicado o Decreto nº 8.553, de 3 de novembro de 2015, o qual instituiu o Pacto Nacional para a Alimentação Saudável,⁴⁹ com a finalidade de ampliar as condições de oferta, disponibilidade e consumo de alimentos saudáveis e abordar o sobrepeso, a obesidade e as doenças decorrentes

da má alimentação, visando à adesão dos estados e municípios à Estratégia Intersetorial. A expectativa naquele momento era que o Pacto Nacional para a Alimentação Saudável fosse um instrumento de implementação da Estratégia Intersetorial com os estados e municípios. Em 2018, a Estratégia Intersetorial foi descontinuada em função da desarticulação em nível nacional do espaço de governança das políticas de segurança alimentar e nutricional (SAN).

Em que pese o curto período de implementação, interrompido bruscamente pela mudança de governo, a primeira edição da Estratégia deixou o legado da intersetorialidade nas ações de prevenção e controle da obesidade, sob coordenação intersetorial abrangente desde a produção até o consumo. A convergência de objetivos da Estratégia também foi percebida como inovadora ao incluir a criação do espaço político de gestão compartilhada e participação social na Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional no âmbito da Caisan.⁵⁰

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) declara que a prevenção do excesso de peso infantil deve ser uma prioridade dos países e que precisa ser abordada com o envolvimento de todos: setor público, meio acadêmico, sociedade civil, incluindo as crianças e os adolescentes como agentes da mudança.⁵¹

Desse modo, a atenção especial às crianças e adolescentes é fundamental por dois grandes motivos. Em primeiro lugar, pela possibilidade de reversão da tendência de obesidade. As prospecções globais de crescimento do excesso de peso, tanto em adultos como em crianças e adolescentes são preocupantes. A literatura internacional aponta algumas experiências bem-sucedidas em países europeus de diminuição do excesso de peso entre crianças, que pese a enorme diversidade entre os países e o contexto brasileiro, são casos a se inspirar, uma vez que não foram identificados registros de outros países com perfil do Brasil que tenham reduzido a prevalência da condição.⁵²

Em segundo lugar, porque, com a obesidade infantil instalada, há maior chance de permanência da obesidade ao longo da vida, desenvolvimento de DCNT, incapacidade e mortalidade precoce na idade adulta. Além de aumentar os riscos futuros, crianças com obesidade podem apresentar aumento do risco de fraturas e outros agravos osteoarticulares, hipertensão arterial sistêmica, marcadores precoces de doenças cardiovasculares, dificuldades respiratórias, e efeitos psicológicos, como baixa autoestima, isolamento social e transtornos alimentares, dentre outros.^{28,29}

3 POR QUE UMA NOVA ESTRATÉGIA INTERSETORIAL DE PREVENÇÃO DA OBESIDADE?

A presente Estratégia Intersetorial de Prevenção da Obesidade (doravante denominada como Estratégia) foi elaborada a partir de aprendizados da primeira edição, de uma reflexão do fenômeno da obesidade no atual contexto social e epidemiológico, considerando, inclusive, a sua coexistência com a fome, pobreza, vulnerabilidades individuais, sociais e territoriais, com atenção especial às crianças e aos adolescentes.²⁴

A Estratégia parte de premissas que balizam o desenho dos **objetivos, eixos e ações estratégicas** para a abordagem da obesidade. As premissas são o ponto de partida e orientam as escolhas feitas para as abordagens para o enfrentamento da obesidade no Brasil.

PREMISSAS:

I

A obesidade é uma questão social que atinge de forma desigual a população mais vulnerabilizada individualmente, socialmente e territorialmente. A abordagem da obesidade deve ser baseada em uma política de proteção e justiça social que considere as vulnerabilidades e a interseccionalidade²¹, desde a sua compreensão até as intervenções.

II

A obesidade é multideterminada pelos ambientes e sistemas alimentares nos quais os sujeitos, famílias, comunidades e populações vivem. A obesidade precisa ser considerada de maneira multissetorial e sistêmica, considerando também a influência dos determinantes comerciais da saúde que envolvem estratégias e abordagens utilizadas por atores comerciais para promover produtos e escolhas que são prejudiciais à saúde,⁵³ e compreendendo a sua relação com os sistemas alimentares hegemônicos, ambientes alimentares, espaços urbanos promotores da alimentação adequada e saudável e sua inter-relação com a fome e a crise climática.

III

A obesidade é uma questão de todas e todos, e não individual. É importante o envolvimento da sociedade como um todo, uma vez que a obesidade não é uma demanda individual. A Estratégia é um chamamento à população, aos governos e à sociedade civil para a compreensão e a abordagem da obesidade como uma questão social. É preciso enfrentar os preconceitos e estigmas envolvidos. A obesidade não pode ser enxergada como um fracasso individual.



4

O DESENVOLVIMENTO DA ESTRATÉGIA INTERSETORIAL DE PREVENÇÃO DA OBESIDADE

A prevenção da obesidade é um desafio global que requer abordagens interdisciplinares e informadas por evidências. Para a atual Estratégia, consideraram-se o mapeamento de documentos, a revisão de evidências científicas, a análise de estratégias internacionais e o envolvimento de múltiplos setores e atores.

Os critérios para a seleção das ações estratégicas foram fundamentados em evidência científica, relevância, multissetorialidade, equidade, participação comunitária, integração, monitoramento e adaptação. Ressalta-se que a Estratégia foi construída no âmbito da Caisan a partir do grupo de trabalho com representantes de outros 16 ministérios (Apêndice). A sequência das atividades desenvolvidas para elaboração da nova Estratégia está elencada no Quadro 1.

Quadro 1. Sequência das atividades desenvolvidas para elaboração da nova Estratégia Intersetorial de Prevenção da Obesidade

Atividades	Objetivos	Percorso metodológico
1. Decisão e compromisso político da Coordenação-Geral de Promoção da Alimentação Saudável (CGSAU) do Departamento de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (DESAU) da Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sesan) do MDS de atualizar a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade. ⁴⁸	Revisar a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, ⁴⁸ com base nas orientações internacionais.	Publicação de compromisso da revisão da Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade ⁴⁸ no Relatório de Atributos Legais e Infralegais, Prioridades do Plano Plurianual, ⁵⁴ no Planejamento Estratégico Institucional ⁵⁵ do MDS e no Plano Brasil Sem Fome. ⁵⁶
2. Mapeamento de documentos e recomendações de agências e organismos internacionais multilaterais.	Identificar e compilar recomendações de organismos internacionais multilaterais, como Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico e Banco Mundial, para fundamentar a Estratégia.	Revisão de documentos, relatórios publicados por essas organizações com a análise de diretrizes, recomendações e melhores práticas estabelecidas. Análise, adaptação das propostas aplicáveis ao contexto brasileiro diante das políticas vigentes e premissas da Estratégia.
3. Mapeamento das evidências científicas.	Identificar, analisar e sistematizar as evidências científicas mais recentes sobre intervenções efetivas na prevenção da obesidade.	Revisão de literatura utilizando informações e evidências científicas para a elaboração da proposta.

Atividades	Objetivos	Percorso metodológico
4. Mapeamento e escuta de estratégias e planos de obesidade de outros países.	Analisar e aprender com estratégias e planos de prevenção da obesidade implementados em outros países.	Identificação de planos e políticas de outros países e sua adaptação para a proposta brasileira. Escutas e debates com representantes de países e associações internacionais, como World Obesity Federation, OPAS e Fundo das Nações Unidas para a Infância, para contemplar as lições aprendidas na proposta brasileira.
5. Reunião estratégica com especialistas, setores de governo, sociedade civil e pessoas com obesidade.	Propor a atualização da Estratégia, reconhecendo a obesidade como um questão de natureza social e enfrentando o desafio de garantir o acesso universal e equitativo à alimentação adequada e saudável.	Reflexões e debates com especialistas em saúde pública, nutrição, políticas públicas e áreas afins sobre lacunas e necessidades de aprimoramento para a Estratégia.
6. Instalação de grupo de trabalho e realização de reuniões na Caisan para elaboração e apresentação da proposta atualizada da Estratégia.	Formar um grupo de trabalho e conduzir reuniões no âmbito da Caisan.	Identificação de especialistas, representantes de setores de governo - saúde, educação, desenvolvimento social, desenvolvimento agrário e outros, para discutir a Estratégia. Participaram das reuniões 16 Ministérios (Apêndice). Discussão e validação das premissas: (I) Que a obesidade deve ser enfrentada com uma política de proteção e justiça social; (II) Que a obesidade é multi-determinada majoritariamente pelos ambientes e sistemas alimentares nos quais os sujeitos, famílias, comunidades e populações vivem; e (III) Que a obesidade é uma questão social de todas e todos e não uma demanda individual. Elaboração de uma primeira versão da Estra-

		téglia, com a construção coletiva dos respectivos setores que integram a Caisan (ações estratégicas).
Atividades	Objetivos	Percorso metodológico
7. Aprimoramento e priorização das ações estratégicas, com a definição de critérios, considerando as premissas, os objetivos e as ambições endossadas pelo grupo de trabalho da Caisan.	Aprimorar e priorizar as ações estratégicas apresentadas de acordo com critérios consensuados. As referidas ações serão apresentadas no Plano Operativo .	<p>CRITÉRIOS CONSENSUADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evidências científicas. • Relevante e específica. • Abordagem multisectorial. • A ação reconhece os determinantes da obesidade e prevê uma abordagem multisectorial? • Equidade e interseccionalidade. • Participação da comunidade. • Integração e coerência. • Monitoramento e avaliação. • Adaptação e sustentabilidade.
8. Realização de reuniões bilaterais com setores de governo e parceiros, quando necessário.	Qualificar as ações estratégicas, definir as metas e indicadores, para constituir o Plano Operativo .	<p>Discussão da proposta inicial e reflexão para o aprimoramento das ações estratégicas, considerando as premissas e os critérios.</p> <p>Incorporação das contribuições recebidas para aprimorar a proposta.</p>

Atividades	Objetivos	Percorso metodológico
9. Proposta da Estratégia para consulta pública.	Submeter a proposta para consulta pública, permitindo contribuições da sociedade civil e outros atores.	Publicação da proposta na plataforma Brasil Participativo para a realização da consulta pública. Análise e incorporação dos comentários e sugestões da consulta pública, para garantir que a estratégia reflita as necessidades e perspectivas da população. Consolidação final do documento orientador da Estratégia
10. Publicação da Estratégia.	Finalizar e publicar a Estratégia, promovendo sua implementação.	Publicação do ato normativo instituindo a Estratégia. Publicação da Estratégia. Realização de ações de comunicação para divulgar a Estratégia e engajar a sociedade.
11. Publicação do Plano Operativo com as ações estratégicas, as metas e os indicadores, e das recomendações para os estados e os municípios.	Publicar instrumentos para a operacionalização e implementação da Estratégia.	Publicação do Plano Operativo. Publicação das recomendações para os estados e os municípios.

Sobre a consulta pública

Em setembro de 2024, foi realizada a consulta pública da Estratégia por meio da Plataforma Participa + Brasil, com o intuito de possibilitar a colaboração e participação da sociedade civil por meio de contribuições para ajustes e melhorias no documento. No total, foram recebidas 67 contribuições de diferentes atores sociais: profissionais, graduandas e graduandos da saúde; profissionais da educação; especialistas de diferentes universidades; conselhos e gestores municipais de SAN; organizações da sociedade civil de interesse público; associações médicas; representantes do setor produtivo, entre outros.

5

O QUE QUEREMOS TRANSFORMAR? OBJETIVOS, EIXOS E AÇÕES ESTRATÉGICAS

O Brasil saiu do mapa da fome, agora é necessário avançar na garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável para todas e todos e enfrentar o desafio de deter o aumento da obesidade entre adultos e promover a diminuição da ocorrência dessa condição entre crianças e adolescentes, com atenção especial para populações em situação de vulnerabilidade e risco social. A prioridade é garantir que todos os brasileiros tenham acesso à comida saudável e de qualidade. Esse esforço é vital, pois mais da metade da população apresenta excesso de peso. Portanto, a luta contra a fome e a promoção de uma alimentação adequada e saudável são prioridades inadiáveis visando à garantia do DHAA, da SAN, da saúde e do bem-estar de todos.

A transformação que se propõe nesta Estratégia atualizada é de caráter abrangente e tem início com a garantia do acesso à alimentação adequada, reconhecida como um direito constitucional. Tal abordagem considera as distintas vulnerabilidades de ordem individual, social e territorial, as quais incidem de forma desigual sobre os diferentes segmentos da população brasileira. Com tal abordagem, busca-se assegurar que toda a população, independentemente de sua situação cultural, demográfica, econômica e religiosa, possa desfrutar de uma alimentação adequada e saudável.

O acesso à alimentação adequada e saudável pressupõe ambientes alimentares saudáveis e sustentáveis. São os ambientes alimentares que proporcionam (ou não) o acesso das pessoas à alimentação adequada e saudável. Esses compreendem os ambientes físicos, econômicos, políticos e socioculturais que oportunizam e influenciam as escolhas alimentares.⁵⁷ As interações entre ambientes alimentares saudáveis e sustentáveis, e espaços urbanos promotores da alimentação adequada e saudável que favoreçam a mobilidade urbana e segurança para a prática de atividade física e lazer, são cruciais para promover modos de vida saudáveis e aumentar a prevalência de peso saudável na população brasileira.

Os ambientes alimentares saudáveis e os espaços urbanos promotores da alimentação adequada e saudável precisam estar a serviço das comunidades e das famílias mais vulneráveis com o olhar da interseccionalidade. No entanto, observa-se um contexto em que múltiplos marcadores sociais, como gênero, raça/cor e nível

socioeconômico, estão interligados, agravando de forma desigual a obesidade em indivíduos e coletividades.²⁴

A transformação também envolve reconhecer e enfrentar os interesses mercadológicos presentes no sistema alimentar vigente. A forma hegemônica de produzir, abastecer, comercializar e consumir alimentos vem aprofundando as desigualdades e favorecendo que os alimentos *in natura* e minimamente processados estejam menos acessíveis tanto financeira quanto fisicamente. A superação da obesidade no País não será viável enquanto muitas famílias não têm condições adequadas de acesso à alimentação, ou, em diversos casos, são forçadas a consumir alimentos ultraprocessados, cuja presença na prato dos brasileiros, especialmente entre as crianças, tem aumentado significativamente.

Outro aspecto de grande relevância para uma alimentação adequada e saudável é a discussão de gênero, divisão sexual do trabalho, tarefas domésticas, entre outros. A responsabilidade do planejamento, da aquisição e do preparo de alimentos não pode ser somente das mulheres. A alimentação e as outras tarefas do ambiente doméstico precisam ser compartilhadas com os outros integrantes da família, do Estado e da sociedade.

Urge conter o crescimento da obesidade entre adultos e promover a diminuição da ocorrência dessa condição entre crianças e adolescentes, com atenção especial para populações em situação de vulnerabilidade e risco social, estabelecendo como prioridade um futuro mais saudável para as novas gerações, considerando todos os preconceitos e estigmas, afinal, a obesidade não é uma questão individual.

Considerando o contexto social e epidemiológico atual, propõem-se os seguintes objetivos:

- I Incentivar a amamentação de crianças até os dois anos de idade ou mais, de forma exclusiva nos primeiros seis meses de idade;
- II Incentivar a diversidade da alimentação complementar às crianças brasileiras e a redução da exposição a alimentos ultraprocessados e ao seu consumo;
- III Reduzir a prevalência de obesidade em crianças;
- IV Deter o crescimento de obesidade entre adultos;
- V Promover ambientes alimentares e espaços urbanos mais saudáveis, prioritariamente em áreas de desertos e pântanos alimentares;
- VI Aumentar o acesso e o consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados;
- VII Reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados;
- VIII Promover a prática de atividade física e a redução do comportamento sedentário; e
- IX Conscientizar a população sobre os impactos sociais da obesidade

Para favorecer o alcance dos objetivos apresentados, serão publicados um **Plano Operativo** e um documento com recomendação para estados e municípios. O primeiro documento conterá primordialmente ações e metas que serão implementadas a curto, médio e longo prazo, conforme pontuação entre os Ministérios envolvidos. A periodicidade para monitoramento das metas inseridas no **Plano Operativo** é anual e seus resultados serão publicizados por meio de resoluções e em mídias governamentais. As recomendações para estados e municípios visa detalhar e direcionar as ações estratégicas para o nível local.

A transformação será coordenada e articulada com diferentes setores de governo e atores. Será estrutural, ancorada na transição para sistemas e ambientes alimentares saudáveis e sustentáveis. O processo de implementação deverá considerar a complexidade dos determinantes que incidem sobre a questão social do excesso de peso na população, e com a compreensão da interseccionalidade que agrava de forma desigual a obesidade entre indivíduos, famílias e comunidades em função da raça/cor, gênero e classe social.

Foi nesse contexto que, para a nova Estratégia, foram definidos três eixos, conforme descrito a seguir:

EIXOS		
I. Ambientes alimentares e espaços urbanos promotores da alimentação adequada e saudável	II. Sistemas de proteção social e cuidados integrados e fortalecidos	III. Mobilização e engajamento social

Para cada eixo, estão apresentadas diretrizes, que orientam as ações estratégicas a serem realizadas em curto prazo (até três anos), médio prazo (até sete anos) e longo prazo (até 10 anos), que compõem um plano operacional. As diretrizes foram apresentadas e validadas de forma compartilhada entre a Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sesan)/MDS e os diversos setores que integram a Caisan, e que têm responsabilidades nesta Estratégia.

As ações propostas pelos diversos setores do Executivo foram elaboradas considerando as premissas e objetivos desta Estratégia, bem como o conjunto de critérios apresentados previamente. Os critérios fizeram-se necessários para garantir que as ações adotadas sejam as mais adequadas para um maior

impacto positivo, evitando o desperdício de recursos e maximizando os resultados alcançados.

Outro aspecto importante é que, com o estabelecimento de critérios claros, o processo de formulação e implementação desta Estratégia se torna mais transparente e isso permite que os cidadãos entendam melhor as decisões tomadas. Importante ressaltar que a Estratégia é um chamamento à população, aos governos (estaduais e municipais) e à sociedade civil para a compreensão e a abordagem da obesidade como uma questão social para todos e todas.

Todo o conteúdo deste documento foi elaborado e discutido com transparência, livre de conflitos de interesses entre gestores, especialistas e pessoas com obesidade, que participaram do grupo de trabalho e enviaram sugestões. Todas as ações estratégicas estão apresentadas no **Plano Operativo** com suas respectivas metas e indicadores.

Eixo I

Ambientes alimentares e espaços urbanos promotores da alimentação adequada e saudável

Os ambientes alimentares determinam o acesso à alimentação adequada e saudável, além da escolha pessoal, incluindo questões socioeconômicas, educacionais, culturais e políticas. Em um contexto mais amplo, o ambiente alimentar é um elemento crítico dos sistemas alimentares para implementar ações que apoiam a alimentação saudável e sustentável, considerando a síndemia global.^{8,58} Desse modo, os modelos conceituais de ambientes alimentares datam de mais de vinte anos,⁵⁹ mas evoluíram com o tempo, incluindo outros aspectos importantes como a sustentabilidade e o ambiente digital.^{12,60-62}

Um ambiente alimentar saudável é aquele que facilita o acesso e promove escolhas alimentares saudáveis e sustentáveis. Pode ser alcançado por meio de políticas e regulamentações que, por exemplo, incentivam a disponibilidade e a acessibilidade de alimentos *in natura* ou minimamente processados em locais de venda de alimentos. Os ambientes alimentares incluem os locais onde as pessoas obtêm alimentos, como feiras, supermercados/mercados, restaurantes, escolas, locais de trabalho, domicílio, comunidades, vias públicas (refere-se à venda de alimentos em meios de transporte e outros locais,

destacando-se pela oferta de produtos prontos para consumo imediato, sem a necessidade de qualquer preparação prévia) e outros.¹² Buscando torná-los mais saudáveis, recomendam-se estratégias que impactem nos preços de alimentos, deixando aqueles saudáveis mais acessíveis e os alimentos ultraprocessados menos acessíveis, além de uma rotulagem nutricional que favoreça escolhas alimentares baseadas em informação confiável e a proibição de publicidade de alimentos não saudáveis e outras medidas regulatórias.

Muitos esforços do governo federal têm sido envidados para a criação de ambientes alimentares e espaços urbanos promotores da alimentação adequada e saudável. Em menos de seis meses, foram publicados dois decretos presidenciais que declararam os objetivos e compromissos do governo federal com a transformação dos ambientes alimentares.

Em 12 de dezembro de 2023, foi publicado o Decreto nº. 11.821,⁶³ que estabelece princípios, objetivos e diretrizes para a promoção da alimentação adequada e saudável nas escolas. Esse decreto reconhece que a formação de hábitos alimentares começa na infância e visa não apenas melhorar a saúde física dos estudantes, mas também reduzir a prevalência das DCNT. O ambiente escolar merece atenção especial na Estratégia. Há que se destacar que é no espaço das escolas que muitas crianças e adolescentes garantem uma alimentação de qualidade e variada, sendo também um espaço de compartilhamento do cuidado com as famílias. Um ambiente escolar livre de alimentos ultraprocessados é essencial para promover hábitos alimentares saudáveis para toda a comunidade escolar, em especial para crianças e adolescentes. O referido ato normativo considera a alimentação adequada e saudável como o direito humano básico que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo, que deve estar de acordo com as necessidades alimentares especiais e ser: 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, de modo a atender aos princípios da variedade, do equilíbrio, da moderação e do prazer; e baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis.

Em 5 de março de 2024, foi publicado o Decreto nº. 11.936,⁶⁴ 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. Esse instrumento define a cesta básica como um conjunto de alimentos que busca garantir o DHAA, a saúde e o bem-estar da população,

baseada nas recomendações do *Guia Alimentar para a População Brasileira* e do *Guia alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos*; no respeito à cultura e às tradições regionais; na proteção da alimentação adequada e saudável, da saúde e do meio ambiente; observadas as condições da região, do território, do bioma e da sazonalidade dos alimentos, excluindo ultraprocessados.^{65,66}

Os espaços urbanos englobam espaços físicos como ruas, parques, calçadas e instalações recreativas. Esses desempenham um papel fundamental na determinação das escolhas alimentares e dos níveis de atividade física e na redução do tempo sedentário, fatores importantes na prevenção da obesidade.^{58,60}

Cidades que projetam espaços que viabilizam o transporte ativo, como caminhar e andar de bicicleta, podem favorecer o aumento da mobilidade e prática da atividade física. Cidades que investem em mobilidade urbana contribuem com menor tempo de deslocamento das pessoas e famílias, apoiando maior tempo para se dedicar à alimentação e ao lazer. Lidar com a sinergia global implica no desenvolvimento de soluções integradas considerando que os impactos estão interconectados e os determinantes são sinérgicos, entre elas pensar em espaços urbanos promotores da alimentação adequada e saudável.⁶

Concretamente, trata-se do desenvolvimento de políticas e práticas de planejamento urbano que promovam o acesso equitativo a ambientes urbanos verdes, transporte público eficiente e acesso a alimentos saudáveis. Nos últimos dez anos, 93% dos municípios brasileiros foram atingidos por algum tipo de desastre natural relacionado aos eventos extremos.¹⁸ Essa realidade é agravada pela baixa capacidade adaptativa aos efeitos climáticos da maioria dos municípios brasileiros. A maioria dos municípios têm capacidade adaptativa baixa ou muito baixa a eventos extremos e, como consequência, ocorrem danos materiais, perdas econômicas e de vidas humanas, dificuldade de acesso aos alimentos saudáveis e maior acesso aos alimentos ultraprocessados.⁶⁷

É importante reconhecer que os ambientes alimentares e espaços urbanos promotores da alimentação adequada e saudável não afetam todas as comunidades de forma igual. Na maioria das situações, áreas de baixa renda, comunidades marginalizadas, e grupos raciais e de gênero específicos enfrentam desafios adicionais, como a falta de acesso a alimentos saudáveis a preços acessíveis e a espaços seguros para atividades físicas e lazer.⁶⁸ Portanto, abordagens que visem reduzir as disparidades sociais, econômicas, raciais e de gê-

nero são essenciais para garantir que todos e todas tenham a oportunidade de fazer escolhas alimentares saudáveis e de se engajar na prática de atividade física em comportamentos ativos, priorizando a equidade.

O eixo de ***Ambientes alimentares e espaços urbanos promotores da alimentação adequada e saudável*** é composto por nove diretrizes que contemplam ações estratégicas que visam criar ambientes que favoreçam a alimentação adequada e saudável, tanto no âmbito individual quanto comunitário. São elas:

- a** Ampliar o acesso aos alimentos da cesta básica de alimentos
- b** Promover a alimentação adequada e saudável no ambiente de educação
- c** Fomentar ambientes de trabalho promotores de alimentação adequada e saudável
- d** Fomentar a mobilidade urbana e sustentável
- e** Promover a prática de atividade física, os esportes e o lazer.
- f** Aprimorar a rotulagem de alimentos
- g** Reduzir o acesso aos alimentos ultraprocessados
- h** Proteger a população infantil da exposição ao *marketing* de alimentos ultraprocessados, inclusive no meio digital
- i** Promover a alimentação adequada e saudável no meio digital

A primeira diretriz (a), “Ampliar o acesso aos alimentos da cesta básica de alimentos”, busca garantir que todas as cidadãs e cidadãos tenham acesso fácil e a preços acessíveis aos alimentos essenciais para uma alimentação adequada e saudável, uma vez que a expectativa é que a nova cesta básica de alimentos oriente as políticas públicas de produção, abastecimento e consumo de alimentos adequados e saudáveis alicerçadas na promoção da saúde da população e do planeta, da segurança alimentar e nutricional e sistemas alimentares mais saudáveis, justos e resilientes.



Quanto à segunda diretriz (b), “Promover a alimentação adequada e saudável no ambiente de educação”, objetiva transformar as escolas em espaços que incentivem práticas alimentares saudáveis, proporcionando uma base sólida para hábitos alimentares adequados e saudáveis ao longo da vida. Essa diretriz está focada na implementação do Decreto nº 11.821/2023 nos estados e municípios brasileiros e no fortalecimento do Programa Nacional de Alimentação Escolar.⁶³ É crucial para criar um ambiente escolar livre de alimentos ultraprocessados. As escolas desempenham um papel central na formação dos hábitos alimentares das crianças, sendo locais onde elas passam grande parte do tempo e realizam muitas de suas refeições diariamente.

No ambiente de trabalho, a terceira diretriz (c), “Fomentar ambientes de trabalho promotores de alimentação adequada e saudável”, pretende incentivar políticas e práticas que incentivem escolhas alimentares saudáveis entre trabalhadores. Paralelamente, a quarta diretriz (d) , “Fomentar mobilidade urbana e sustentável”, propõe a criação de infraestrutura urbana que facilite a prática de atividades físicas, como caminhadas e ciclismo, contribuindo para um estilo de vida mais ativo. A quinta diretriz (e), “Promover a prática de atividade física, os esportes e o lazer”, visa ampliar o acesso a espaços e programas de atividade física e lazer, promovendo a saúde e bem-estar da população.

Para informar melhor os consumidores, a sexta diretriz (f), “Aprimorar a rotulagem de alimentos”, propõe melhorias na clareza e transparência das informações nos rótulos dos produtos. A sétima diretriz (g), “Reducir o acesso aos alimentos ultraprocessados”, busca restringir a disponibilidade física e financeira desses alimentos, que estão diretamente associados a diversos problemas de saúde.

A oitava diretriz (h), “Proteger a população infantil da exposição ao marketing de alimentos ultraprocessados, inclusive no meio digital”, tem como objetivo proteger, especialmente as crianças e adolescentes, da exposição à publicidade de alimentos não saudáveis e de veiculação de fórmulas infantis nos meios digitais. E, por fim, a nona diretriz (i), “Promover a alimentação adequada e saudável no meio digital”, tem como objetivo fomentar ações de promoção da alimentação adequada e saudável no meio digital, entre outros. Essas diretrizes integradas no eixo de ambientes alimentares e espaços urbanos promotores da alimentação adequada e saudável, são fundamentais para a estratégia para prevenção e controle da obesidade, promovendo uma alimentação adequada e saudável.

Eixo 2

Sistemas de proteção social e cuidados integrados e fortalecidos

O excesso de peso é uma questão social que se distribui de forma desigual e afeta mais intensamente populações em vulnerabilidade social e, que, portanto, exige respostas da sociedade e de governos que possam promover a equidade no acesso a **sistemas de proteção social e cuidados integrados e fortalecidos**.

Ao conceituar o excesso de peso como uma questão social, reconhece-se que fatores externos ao comportamento individual exercem influência direta sobre os padrões alimentares, a prática de atividade física e a saúde de maneira geral. Desigualdades socioeconômicas, acesso limitado a alimentos saudáveis, espaços urbanos não favoráveis à prática de atividades físicas, sobrecarga associada à desigual divisão sexual, social e racial das responsabilidades de cuidados, bem como à ausência de compartilhamento dessas tarefas, desempenham um papel relevante na prevalência da obesidade em comunidades vulneráveis. Ainda assim, as ações individuais, coletivas e comunitárias são necessárias para garantir um olhar específico.

A prevenção da obesidade no âmbito dos sistemas de proteção social e cuidados integrados e fortalecidos é essencial para melhorar a saúde e o bem-estar das populações vulneráveis. A Portaria Interministerial MDS e MS nº 25, de 1º de setembro de 2023,⁶⁹ orienta a priorização de ações integradas entre assistência social, saúde e SAN para famílias em InSAN e para todas as formas de má nutrição, incluindo o excesso de peso.

A Portaria orienta uma resposta coordenada para enfrentar a InSAN e nutricional com recomendações para organização das ações em nível local como: a identificação dos indivíduos e das famílias em situação de InSAN nas unidades do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), do SUS e do Sisan, priorizando crianças, gestantes e idosos, população em situação de rua, refugiados, pessoas negras (pretas ou pardas), domicílios chefiados por mulheres, sobretudo as autodeclaradas pretas ou pardas, e povos originários e comunidades tradicionais em potencial risco para InSAN; a ampliação e qualificação do cuidado integral às pessoas com má nutrição em todas as suas formas no âmbito do SUS; o atendimento prioritário de indivíduos e famílias em InSAN nos Equipamentos Públicos e Sociais de Segurança Alimentar e Nutricional;

a implementação de outras ações intersetoriais e de caráter comunitário e continuado para a garantia da SAN, entre outros.

No âmbito da saúde, entende-se a importância e a necessidade de atenção às pessoas com excesso de peso no SUS.⁷⁰ O setor saúde tem o compromisso de garantir o cuidado integral das pessoas que vivem com essa condição, extrapolando para o cuidado de outras condições que possam estar presentes no mesmo indivíduo. Esse setor atua ainda na vigilância e nas ações de promoção da saúde que contribuem para a melhoria da qualidade de vida.

O eixo de ***Sistemas de proteção social e cuidados integrados e fortalecidos*** é composto por sete diretrizes, as quais contemplam ações estratégicas que visam reduzir barreiras de acesso desses indivíduos, famílias e comunidades ao SUAS, SUS, Sistema de Educação e Sisan, com objetivo de fortalecer as resiliências das famílias e comunidades, contribuindo para populações mais saudáveis e autônomas. São elas:

- a** Promover a vigilância e a prevenção da obesidade no SUS
- b** Promover e proteger a amamentação e a alimentação complementar adequada e saudável
- c** Fortalecer o cuidado e ampliar a autonomia da população no SUS e no Sistema Único de Assistência Social – SUAS, quanto às políticas de acesso à alimentação adequada e saudável
- d** Priorizar as crianças inseridas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e no Programa Bolsa Família nas ações ofertadas pelos: 1. SUAS; 2. SUS; e 3. Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN
- e** Incentivar ações de prevenção da obesidade no sistema de educação
- f** Promover a consolidação do Sisan
- g** Promover a integração do SUAS, SUS e Sisan

A primeira diretriz (a) trata de “promover a vigilância e a prevenção da obesidade no SUS”, assegurando que todos e todas tenham acesso a serviços de saúde de qualidade. A segunda (b) é a de “promover e proteger a amamentação e a alimentação complementar adequada e saudável”, medidas que são cruciais para o desenvolvimento das crianças e prevenção da obesidade.

Propõe-se “c) fortalecer o cuidado e ampliar a autonomia da população no SUS e no Sistema Único de Assistência Social – SUAS, quanto às políticas de acesso à alimentação adequada e saudável”, como uma terceira diretriz, permitindo que indivíduos e famílias desenvolvam maior independência e qualidade de vida.

Crianças do Programa Bolsa Família e aquelas inseridas no Cadastro Único precisam ter prioridade absoluta às ações estratégicas para essa agenda, nesse sentido, a quarta diretriz (d) pretende assegurar que as necessidades básicas dessas crianças sejam atendidas.

Outras diretrizes incluem incentivar ações de prevenção da obesidade no sistema de educação (diretriz e), promovendo hábitos saudáveis desde a infância e incentivar a consolidação do Sisan (diretriz f), garantindo a segurança alimentar de todas as famílias. Por fim, promover a integração dos sistemas SUAS, SUS e Sisan é fundamental para criar uma rede de proteção social coesa e eficiente (diretriz g). Essa integração facilita o acesso aos serviços, melhora a coordenação entre diferentes áreas e proporciona um suporte mais abrangente para as comunidades.

Eixo 3

Mobilização e engajamento social

É essencial mobilizar e engajar todas as partes interessadas, reconhecendo que o excesso de peso é resultado de múltiplas causas e determinantes sociais que vão além das escolhas individuais. Para enfrentar esse desafio complexo, é fundamental sensibilizar a população para uma abordagem sistêmica que promova a alimentação adequada e saudável, ao mesmo tempo em que se sensibilize sobre os danos à saúde causados pelo consumo de alimentos ultraprocessados. A Estratégia convoca a participação ativa de toda a população.

Esta Estratégia propõe abordar e superar o **estigma e a discriminação** associados à obesidade. O **estigma** é definido quando pessoas sofrem abuso verbal e/ou físico associado e secundário ao excesso de peso, podendo levar à marginalização, exclusão e discriminação.⁷¹ A **discriminação** relacionada ao peso é uma das formas mais comuns de preconceito sofrido pelos indivíduos com obesidade, caracterizando-se por atitudes gordofóbicas traduzidas em comportamentos e ações depreciativas associadas ao peso corporal.⁷²

O estigma e a discriminação resultam em maior morbimortalidade, com efeitos físicos e psicológicos.^{73,74} Ademais, a internalização do preconceito repercutem em autodesvalorização e autodepreciação, impactando negativamente a saúde e a vida das pessoas com obesidade,⁷⁵ com maiores chances de adoção de comportamentos que promovem ainda mais o ganho de peso.^{76,77} A obesidade é estigmatizadora, produz discriminação, preconceito e exclusão social.⁷⁸ Reduzir o estigma em relação à obesidade é fundamental para que a sociedade possa apoiar as pessoas que vivem com esta condição de forma respeitosa e não preconceituosa.

As ações propostas nesta Estratégia visam impulsionar uma sociedade mais justa e inclusiva. Ao mobilizar e engajar a população, cria-se um movimento de mudança positiva que promova a saúde e o bem-estar de todos.

Para alcançar esses objetivos, é essencial promover estratégias e ações educativas que abordem a complexidade da obesidade, destacando sua determinação social e ambiental e questionando mitos, como a ideia de que ter excesso de peso é expressão da falta de força de vontade. Além disso, é muito importante **incentivar a representação positiva de corpos diversos na mídia, evitando estereótipos negativos e o uso de uma linguagem estigmatizante**

ao retratar indivíduos com obesidade em programas de TV, filmes, noticiários e redes sociais.

Adicionalmente, profissionais que lidam com públicos precisam ter suas capacidades desenvolvidas em qualificações profissionais específicas sobre como abordar a obesidade de maneira respeitosa e sem preconceitos, adotando uma abordagem centrada no sujeito, além de considerar fatores individuais, necessidades únicas de cada pessoa e suas possíveis vulnerabilidades. Paralelamente, é necessário promover ambientes inclusivos em espaços públicos, como escolas, locais de trabalho e instalações recreativas, que sejam acessíveis e acolhedores para pessoas de todos os tamanhos, combatendo a discriminação baseada no peso e implementando políticas antidiscriminatórias.

É fundamental apoiar organizações e grupos de defesa que lutem contra o estigma da obesidade e promovam o autocuidado, a autocompaixão e o respeito ao próprio corpo e ao corpo do outro, assim como participar de iniciativas de advocacy que promovam políticas públicas para melhorar o acesso a tratamentos e serviços de saúde para pessoas que vivem com obesidade. Vale fomentar, ainda, ações que incentivem práticas corporais e adoção de hábitos alimentares saudáveis, sem focar exclusivamente na perda de peso como medida de sucesso.

Reducir o estigma da obesidade requer uma abordagem multifacetada e colaborativa, que envolva tanto ações individuais quanto mudanças estruturais na sociedade. A implementação dessas iniciativas pode transformar a maneira como a obesidade é percebida e tratada, promovendo um ambiente mais acolhedor e com mais respeito para todas as pessoas.

Para este terceiro eixo, propõem-se duas diretrizes:

a

Reducir o estigma e preconceito em relação às pessoas com obesidade

b

Sensibilizar e mobilizar a população brasileira sobre a importância da alimentação adequada e saudável e os malefícios dos alimentos ultraprocessados



6

TRANSFORMAÇÃO DOS OBJETIVOS EM REALIDADE: A IMPLEMENTAÇÃO

A implementação da Estratégia visa à transformação dos objetivos em realidade por meio de uma abordagem nacional coordenada e articulada no âmbito da Caisan. Para isso, serão colocadas em prática as ações estratégicas, as quais estarão apresentadas em um **Plano Operativo**, proposto pelos diferentes setores de governo em âmbito nacional, apresentadas nas diretrizes dos três eixos: (I) Ambientes alimentares e espaços urbanos promotores da alimentação adequada e saudável; (II) Sistemas de proteção social e cuidados integrados e fortalecidos; e (III) Mobilização e engajamento social.

No âmbito federal, as ações estratégicas de curto, médio e longo prazo serão consolidadas no referido **Plano Operativo**. Para acompanhar o progresso, estabeleceram-se metas e indicadores, os quais serão monitorados com o objetivo de avaliar se os resultados obtidos estão alinhados com os planejados ou se ajustes serão necessários ao longo do tempo.

Para além das ações estratégicas a serem implementadas em nível nacional, a Estratégia apresenta **recomendações de ações para os estados e municípios**, sumarizadas em documento suplementar.

O nível federal atua na formulação de políticas, diretrizes e iniciativas mais abrangentes. No caso da Estratégia Intersetorial de Prevenção da Obesidade, essa atuação se materializa por meio da definição e implementação de ações estratégicas, que orientam e sustentam as intervenções nos demais níveis de gestão. Um exemplo muito relevante é a implementação do Decreto nº 11.821/2023, que orienta as ações de promoção da alimentação adequada e saudável no ambiente escolar.⁶³ Esse decreto define eixos estratégicos (educação alimentar e nutricional; doação e comercialização de alimentos e bebidas; e comunicação mercadológica de alimentos e bebidas) e **prevê que a sua implementação seja feita por iniciativas e regulamentações da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios**, inclusive no âmbito da rede privada de ensino, observadas as especificidades regionais, culturais e socioeconômicas, e as necessidades alimentares especiais dos estudantes.

Ainda, os entes federativos poderão promover a organização local intersetorial, com participação social, para o acompanhamento, a formação e o apoio às unidades escolares.

Por outro lado, os estados e municípios, desempenham um papel essencial na adaptação e implementação dessas políticas, considerando as necessidades e possibilidades locais. Os estados ajustam as diretrizes federais às realidades regionais, fornecendo suporte técnico e capacitação para que os municípios apliquem as medidas com eficiência. Além disso, os estados e municípios são responsáveis por fiscalizar o cumprimento do decreto nas escolas, promover ações de educação alimentar e nutricional e fomentar ambientes escolares mais saudáveis. Cabe ainda a eles monitorar e avaliar os resultados das iniciativas locais, garantindo que as restrições aos ultraprocessados de fato ajudem a prevenir a obesidade entre os estudantes.

Todas as ações de implementação serão coordenadas no âmbito da governança da Estratégia. Mais informações podem ser consultadas no capítulo 7 (“Governança, incluindo monitoramento e avaliação”).

GOVERNANÇA, INCLUINDO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A implementação da Estratégia exige o estabelecimento de um processo de governança robusto, com liderança, coordenação e articulação para induzir em diferentes níveis federativos e setores de governo a implementação das ações Estratégicas previstas no **Plano Operativo**, visando atender às diretrizes aqui apresentadas, bem como a realização do monitoramento e da avaliação com escuta ativa e participação da sociedade.

É nesse contexto que o **Comitê Gestor da Estratégia Intersetorial de Prevenção da Obesidade**, instituído no âmbito da Caisan, consistirá no espaço de governança em nível federal.⁷⁹ Esse comitê deverá ter a responsabilidade de co-implementar em nível federal as ações estratégicas previstas no **Plano Operativo** e induzir as ações em nível estadual e local, além de articular e estabelecer parcerias estratégicas para o alcance dos objetivos previstos.

Ressalta-se que caberá ao Comitê Gestor: (I) Definir os atos necessários para a gestão, o monitoramento, a participação e a mobilização, no âmbito da Estratégia; (II) Definir os mecanismos de participação e de cooperação interfederativa, no âmbito da Estratégia, em acordo com a legislação e mecanismos de governança do Sisan; (III) Acompanhar, monitorar e atualizar o **Plano Operativo** para a implementação da Estratégia, além de assegurar a divulgação dos seus resultados; (IV) Prestar informações sobre a Estratégia ao Consea; e (V) Definir as formas de comunicação e divulgação institucional da Estratégia.

Monitoramento e avaliação

No âmbito da governança da Estratégia, está prevista a publicação do Plano Operativo que apresenta as ações e as metas pactuadas na gestão federal, organizadas conforme as diretrizes de cada um dos três eixos da Estratégia. A expectativa é que sejam aferidos resultados de processos considerando os três eixos: (I) Ambientes alimentares e espaços urbanos promotores da ali-

mentação adequada e saudável; (II) Sistemas de proteção social e cuidados integrados e fortalecidos; e (III) Mobilização e engajamento social.

Em outra dimensão analítica do **Monitoramento e Avaliação**, destacam-se os nove objetivos estabelecidos pela Estratégia, acompanhados de suas respectivas metas, indicadores, métodos de cálculo, fontes de informação e periodicidade de análise. Os resultados de processo estão diretamente relacionados ao alcance desses objetivos e metas, refletindo o progresso e a efetividade das ações implementadas no âmbito da Estratégia. O monitoramento da implementação envolverá colaboração nacional, estadual e local, que será realizado no âmbito do Comitê Gestor da Estratégia, conforme descrito a seguir:

- Estabelecimento de uma linha de base da Estratégia, com informações dos inquéritos e pesquisas, além dos sistemas de informações vigentes. Os indicadores previstos na linha de base deverão responder, mas não somente, aos objetivos apresentados na Estratégia.
- Estabelecimento de um conjunto de indicadores alinhados às metas referentes aos objetivos, incluindo suas definições, formas de cálculo e fontes de informações.

OBJETIVOS

I. incentivar a amamentação de crianças até os dois anos de idade ou mais, de forma exclusiva nos primeiros seis meses de idade;

II. incentivar a diversidade da alimentação complementar às crianças brasileiras e a redução da exposição a alimentos ultraprocessados e ao seu consumo;

III. reduzir a prevalência de obesidade em crianças;

IV. deter o crescimento de obesidade entre adultos;

V. promover ambientes alimentares e espaços urbanos mais saudáveis, prioritariamente em áreas de desertos e pântanos alimentares;

VI. aumentar o acesso e o consumo de alimentos in natura ou minimamente processados;

VII. reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados;

VIII. promover a prática de atividade física e a redução do comportamento sedentário; e

IX. conscientizar a população sobre os impactos sociais da obesidade.

- Considerando os objetivos e suas respectivas metas, **indicadores de progresso das ações estratégicas serão apresentados no Plano Operativo**. Propõe-se a análise contínua do desempenho, com retroalimentação, discussão/debate em nível local e ajustes, quando necessário.
- **Realização de avaliações periódicas/específicas para captar/ mensurar os resultados das intervenções locais**. Para isso, é necessário elaborar uma metodologia para captação, análise e registro tempestivo das dificuldades/limitações, possibilidades/sucessos, desafios e oportunidades para o aperfeiçoamento.
- **Acompanhamento e sistematização de lições aprendidas e boas práticas**. Propõe-se a criação de um portfólio das iniciativas em nível local.

- **Manutenção e aperfeiçoamento de inquéritos e pesquisas**, como a POF, a PNS, a PeNSE, o Vigitel, dentre outras, já realizados para o acompanhamento/monitoramento dos indicadores. Nesses inquéritos e pesquisas, é importante encorajar o esforço de se dar mais visibilidade às vulnerabilidades e às interseccionalidades.
- **Acompanhamento orçamentário**. Estabelecimento do acompanhamento dos aportes financeiros alocados, nos três níveis de gestão, para as ações de prevenção da obesidade, garantindo sua aplicação eficiente e efetiva.

Política para a prevenção e mitigação dos conflitos de interesses

A governança livre de atores com conflitos de interesses é fundamental para garantir a integridade e a efetividade das políticas públicas. Quando atores com interesses conflitantes estão envolvidos na formulação, tomada de decisão, há um grande risco de que os interesses privados sejam sobrepostos aos interesses coletivos. Isso pode levar a escolhas que beneficiem comercialmente certos grupos ou setores, em detrimento do bem-estar da população. Portanto, uma governança isenta de conflitos de interesses é crucial para a transparência, a confiança pública e a efetividade das ações governamentais.

Ressalta-se que faz parte das Ações Estratégicas a elaboração e a publicação de um “Marco de Referência sobre Conflitos de Interesses em Políticas Públicas de Enfrentamento a Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil”, do Ministério da Saúde, sob a coordenação do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente.

Este documento pretende orientar a agenda de prevenção, mitigação e gerenciamento das situações de conflitos de interesse vivenciadas por agentes públicos que formulam, implementam, monitoram e avaliam políticas, programas e ações públicas de enfrentamento a fatores de risco centrais para as DCNT, com foco em alimentos ultraprocessados, tabaco e álcool, no poder executivo.

Mecanismos de comunicação e divulgação

A comunicação e a divulgação desempenham papel crucial no desenvolvimento e implementação de políticas públicas, especialmente quando se trata de aumentar a sensibilização da sociedade sobre questões importantes. No contexto

da Estratégia, um plano de comunicação será elaborado no âmbito do comitê gestor e deverá ser cuidadosamente planejado para atingir todos os segmentos da população, especialmente os grupos em maior vulnerabilidade social e estigmatizados. Isso envolve a criação de mensagens objetivas, consistentes e impactantes que possam ampliar a autonomia e engajar a comunidade sobre a importância de uma alimentação adequada e saudável.

Uma ação de comunicação em mídias sociais pode alcançar um público amplo e diversificado. As plataformas de mídia social oferecem uma oportunidade para disseminar informações rapidamente e interagir diretamente com a população. Utilizando conteúdo visual atrativo, vídeos informativos, infográficos e postagens envolventes, é possível aumentar significativamente a sensibilização sobre a Estratégia. Além disso, campanhas em mídias sociais podem ser segmentadas para atingir diferentes grupos demográficos, garantindo que a mensagem chegue tanto a jovens quanto a adultos, de diversas origens sociais e econômicas.

Considerando que o objetivo é envolver toda a sociedade, é fundamental que o plano de comunicação seja inclusivo e acessível. Isso implica utilizar uma linguagem objetiva e compreensível, evitando jargões técnicos que possam dificultar o entendimento. Também é importante considerar a diversidade cultural e linguística da população, adaptando as mensagens para diferentes contextos e realidades locais. A interação com o público, por meio de comentários, enquetes e transmissões ao vivo, pode fomentar um diálogo aberto e participativo, permitindo que a população se sinta ouvida e envolvida no processo.

Conhecimentos, habilidades e atitudes

Desenvolvimento de capacidades:

O desenvolvimento de capacidades é um elemento essencial para garantir a efetiva implementação e sustentabilidade das políticas públicas para a prevenção da obesidade. Estão previstos processos de qualificação para gestores, profissionais e população em geral, como ações do **Plano Operativo**. Faz-se necessário desenvolver conhecimentos e habilidades necessárias para a implementação das atividades em nível local.

Desenvolvimento de lideranças e redes de colaboração:

A promoção do desenvolvimento de lideranças e a criação de redes de colaboração em nível local são cruciais para o sucesso em longo prazo das iniciativas de prevenção da obesidade. Líderes empoderados e inspirados podem mobilizar recursos, motivar suas equipes e envolver a comunidade. O desenvolvimento de lideranças é uma ação prevista e deverá focar em habilidades de liderança, comunicação e gestão de ações em nível local. Além disso, a formação de redes de colaboração permite que os líderes locais compartilhem experiências, aprendam uns com os outros e coordene esforços para enfrentar desafios comuns.

Cooperação internacional

A cooperação internacional é imprescindível para o sucesso da Estratégia. A construção de ações de cooperação internacional, tanto multilaterais quanto bilaterais, possibilitará, além das discussões técnico-científicas, o intercâmbio de conhecimentos acumulados e boas práticas na implementação de políticas públicas entre países. Tal intercâmbio pode favorecer a efetiva implementação das ações previstas.

Uma ação importante será o lançamento de um laboratório de experiências em sistemas alimentares. Um aspecto que deverá ser explorado na cooperação internacional no âmbito desta Estratégia é a cooperação Sul-Sul, prevista entre países em desenvolvimento (geralmente no Hemisfério Sul) para compartilhar conhecimentos, habilidades, recursos e práticas de sucesso para enfrentar desafios comuns, como a obesidade. Essa modalidade de cooperação é importante por algumas razões:

Contexto similar: Os países do Sul Global frequentemente enfrentam condições socioeconômicas, culturais e ambientais semelhantes, com ênfase à múltipla carga de má nutrição em função dos efeitos do sistema alimentar hegemonic sobre sua alimentação, saúde e biodiversidade. Isso torna as soluções e práticas compartilhadas mais relevantes e aplicáveis do que aquelas desenvolvidas em contextos diferentes dos países desenvolvidos.

Troca de experiências: A cooperação Sul-Sul permite a troca de experiências bem-sucedidas em políticas públicas, programas de saúde e iniciativas comunitárias. Por exemplo, um país que desenvolveu um programa efetivo de intervenções comunitárias pode compartilhar suas estratégias e desafios com outros países enfrentando problemas semelhantes.

Desenvolvimento de capacidades: Por meio dessa cooperação, os países podem fortalecer suas capacidades técnicas e institucionais. Formações, oficinas e visitas de estudo são algumas das maneiras pelas quais os países podem aprender uns com os outros e aprimorar suas abordagens de enfrentamento à obesidade.

Sustentabilidade e apropriação local: As soluções desenvolvidas e implementadas por meio da cooperação Sul-Sul tendem a ser mais sustentáveis e apropriadas, pois são adaptadas às realidades locais. Isso aumenta a probabilidade de sucesso a longo prazo.

Solidariedade e independência: A cooperação Sul-Sul promove a solidariedade entre nações em desenvolvimento e reduz a dependência de ajuda externa de países desenvolvidos. Isso fortalece a capacidade coletiva de enfrentar desafios globais de forma autônoma e colaborativa.

Parcerias Estratégicas:



Universidades

- Monitoramento e avaliação
- Desenvolvimento de capacidade e liderança



Organismos Internacionais (OPAS/OMS, FAO, Unicef, Programa Mundial de Alimentos e outros)

- Apoio à elaboração de portfólio
- Cooperação multilateral e bilateral



Entidades filantrópicas

- Nacionais
- Internacionais



Organizações da Sociedade Civil em nível local para o apoio à implementação (recursos via chamada pública)

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A garantia do DHAA é essencial para a promoção da saúde e do bem-estar da população, exigindo uma abordagem ampla e intersetorial. A Estratégia Intersetorial de Prevenção da Obesidade reconhece a complexidade desse desafio, destacando a influência dos sistemas alimentares, assim como das desigualdades sociais, econômicas e territoriais. Para enfrentar esse cenário, são propostas ações estratégicas que visam desde a promoção de hábitos alimentares saudáveis e a regulação da oferta de alimentos até o fortalecimento de políticas públicas que ampliem a proteção social e incentivem a participação da sociedade. A implementação desta Estratégia requer uma governança eficaz, capaz de articular esforços nos diferentes níveis de governo e mobilizar setores públicos e privados, garantindo uma abordagem integrada e sustentável. Dessa forma, busca-se não apenas prevenir a obesidade, mas também construir um sistema alimentar mais justo, saudável e sustentável para toda a população brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Emenda Constitucional no. 64. Altera o Art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. [Internet]. fev 5, 2010. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=EMC&numero=64&ano=2010&ato=491ETQ61EMVpWTf2d>
2. Brasil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências [Internet]. Seç. 1, 11346 set 15, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm
3. Von Braun J, Afsana K, Fresco LO, Hassan M, Torero M. Food system concepts and definitions for science and political action. *Nat Food*. 15 de setembro de 2021;2(10):748–50.
4. Nguyen H. Sustainable food systems: Concept and framework. 2018;
5. OECD. Making Better Policies for Food Systems [Internet]. 2021 [citado 23 de outubro de 2024]. Disponível em: <https://www.oecd.org/en/topics/food-systems.html>
6. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet*. 23 de fevereiro de 2019;393(10173):791–846.
7. Ralston J, Brinsden H, Buse K, Candeias V, Caterson I, Hassell T, et al. Time for a new obesity narrative. *The Lancet*. outubro de 2018;392(10156):1384–6.
8. FAO. 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. September 2017 [Internet]. Rome, Italy: FAO; 2018 [citado 1º de novembro de 2022]. 150 p. Disponível em: <https://www.fao.org/documents/card/en/c/17846E/>

- 9.** Gupta N, Deshmukh V, Verma S, Puri S, Tandon N, Arora NK. Food environment framework in low- and middle-income countries - An integrative review. *Global Food Security*. dezembro de 2023;39:100716.
- 10.** Glanz K. Measuring Food Environments. *American Journal of Preventive Medicine*. abril de 2009;36(4):S93–8.
- 11.** Caspi CE, Sorensen G, Subramanian SV, Kawachi I. The local food environment and diet: A systematic review. *Health & Place*. setembro de 2012;18(5):1172–87.
- 12.** Gálvez Espinoza P, Egaña D, Masferrer D, Cerda R. Propuesta de un modelo conceptual para el estudio de los ambientes alimentarios en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2017;1–9.
- 13.** Silva GBDL, Recine E. Implicações das relações de gênero nos ambientes alimentares domésticos saudáveis. DEMETRA. 31 de março de 2023;18:e65199.
- 14.** FAO F. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2023 [Internet]. FAO ; FIDA ; UNICEF ; PMA ; OMS ; 2023 [citado 23 de outubro de 2024]. Disponível em: <https://openknowledge.fao.org/handle/20.500.14283/cc3017es>
- 15.** Lane MM, Gamage E, Du S, Ashtree DN, McGuinness AJ, Gauci S, et al. Ultra-processed food exposure and adverse health outcomes: umbrella review of epidemiological meta-analyses. *BMJ*. 28 de fevereiro de 2024;e077310.
- 16.** Louzada ML, Steele EM, Rezende LFM, Levy RB, Monteiro CA. Changes in Obesity Prevalence Attributable to Ultra-Processed Food Consumption in Brazil Between 2002 and 2009. *Int J Public Health*. 20 de maio de 2022;67:1604103.
- 17.** Nilson EAF, Da Costa MG, Rocha C, Honorio O, Barreto R. Estimation of the direct health costs attributable to child obesity in Brazil [Internet]. 2023 [citado 26 de junho de 2024]. Disponível em: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2023.08.02.23293560>
- 18.** IPCC. Painel Intergovernamental sobre Mudança do Clima. Relatório Especial do IPCC: Mudança Climática e Terra [Internet]. 2024 [citado 23 de outubro de 2024]. Disponível em: <https://www.ipcc.ch/srccl/>

- 19.** Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Rev Estud Fem. janeiro de 2002;10:171–88.
- 20.** Collins PH. Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória. Parágrafo. 29 de junho de 2017;5(1):6–17.
- 21.** Collins PH, Bilge S. Interseccionalidade. São Paulo, SP: Boitempo; 2021. 288 p.
- 22.** Akotirene C. Interseccionalidade. Pólen Editorial; 2019.
- 23.** Silva DO e, Cabrini D. Trajetórias biográficas do aumento e excesso de peso de mulheres do Programa Bolsa Família, Brasil. Biographical trajectories about body weight changes and overweight of women from Family Allowance Program, Brazil [Internet]. 2017 [citado 23 de outubro de 2024]; Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40943>
- 24.** Rodrigues LS, Miranda NG, Cabrini D. Obesidade e interseccionalidade: análise crítica de narrativas no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil (2004-2021). Cad Saúde Pública. 17 de julho de 2023;39:e00240322.
- 25.** WHO Consultation on Obesity (1999: Geneva S, Organization WH. Obesity : preventing and managing the global epidemic : report of a WHO consultation [Internet]. World Health Organization; 2000 [citado 23 de outubro de 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/42330>
- 26.** WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [citado 23 de outubro de 2024]. 280 p. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/148114>
- 27.** Louzada ML da C, Cruz GL da, Silva KAAN, Grassi AGF, Andrade GC, Rauher F, et al. Consumo de alimentos ultraprocessados no Brasil: distribuição e evolução temporal 2008–2018. Rev Saúde Pública. 14 de abril de 2023;57:12.
- 28.** NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. Lancet. 16 de março de 2024;403(10431):1027–50.

- 29.** World Obesity. World Obesity Day [Internet]. Atlas da Obesidade Mundial. 2024 [citado 23 de outubro de 2024]. Disponível em: <https://www.worldobesityday.org/resources/entry/world-obesity-atlas2024>
- 30.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2020.
- 31.** Brasil. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
- 32.** UFRJ. 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 [Internet]. Coordenador geral, Gilberto Kac; 2022. 96 p. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>
- 33.** Brasil. SISVAN- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional [Internet]. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. 2023 [citado 17 de julho de 2023]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>
- 34.** Arbex AK, Rocha DRTW, Aizenberg M, Ciruzzi MS. Obesity epidemic in Brazil and Argentina: a public health concern. *J Health Popul Nutr.* junho de 2014;32(2):327–34.
- 35.** IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua [Internet]. Ibge; 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?edicao=27762>
- 36.** Puhl RM, Himmelstein MS, Pearl RL, Wojtanowski AC, Foster GD. Weight Stigma Among Sexual Minority Adults: Findings from a Matched Sample of Adults Engaged in Weight Management. *Obesity.* novembro de 2019;27(11):1906–15.
- 37.** Panza E, Olson K, Sall K, Norris A, Lillis J, Thomas JG, et al. Sexual Minority Women Report Higher Weight Stigma Levels Than Heterosexual Women in the National Weight Control Registry. *Annals of Behavioral Medicine.* 7 de agosto de 2024;58(9):603–9.

- 38.** Kesaite V, Greve J. The impact of excess body weight on employment outcomes: A systematic review of the evidence. *Economics & Human Biology*. agosto de 2024;54:101398.
- 39.** SIASI. Sistema de Atenção à Saúde Indígena (SIASI) - Módulo de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) - OPENDATASUS [Internet]. 2022 [citado 23 de outubro de 2024]. Disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/sistema-de-atencao-a-saude-indigena-siasi-modulo-de-vigilancia-alimentar-e-nutricional-van>
- 40.** Nilson. Incident cases and deaths attributable to overweight and obesity in Brazil until 2044 [Internet]. 2024. Disponível em: https://icocongress2024.com/ingles/programacao/index_track_cronologico.php?dt_sel=2024-06-28
- 41.** Brasil. Lei nº 8.080, DE 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Internet]. 8080 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- 42.** Canella DS, Novaes HMD, Levy RB. Influência do excesso de peso e da obesidade nos gastos em saúde nos domicílios brasileiros. *Cad Saúde Pública*. novembro de 2015;31(11):2331–41.
- 43.** Ferrari G, Giannichi B, Resende B, Paiva L, Rocha R, Falbel F, et al. The economic burden of overweight and obesity in Brazil: perspectives for the Brazilian Unified Health System. *Public Health*. junho de 2022;207:82–7.
- 44.** Giannichi B, Nilson E, Ferrari G, Rezende LFM. The projected economic burden of non-communicable diseases attributable to overweight in Brazil by 2030. *Public Health*. 1º de maio de 2024;230:216–22.
- 45.** IBGE, organizador. Pesquisa de Orçamentos Familiares-POF: 2017-2018. Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. 114 p. (Pesquisa de orçamentos familiares, 2017-2018 / Ministério da Economia, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento).
- 46.** UFRJ. Alimentação Infantil I: Prevalência de indicadores de alimentação de crianças menores de 5 anos: ENANI 2019 [Internet]. Coordenador ge-

ral, Gilberto Kac; 2021. 135 p. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>

- 47.** IBGE. Pesquisa nacional de saúde do escolar- PeNSE: 2019. Pesquisa nacional de saúde do escolar : 2019. 2021;(Coordenação de População e Indicadores Sociais):162.
- 48.** Caisan. Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios [Internet]. 2014. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/estrategia_prevencao_obesidade.pdf
- 49.** Brasil. Decreto 8.553. Institui o Pacto Nacional para Alimentação Saudável. [Internet]. nov 3, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/decreto/d8553.htm
- 50.** Pinheiro MC, Moura ALS de P, Bortolini GA, Coutinho JG, Rahal L dos S, Bandeira LM, et al. Abordagem intersetorial para prevenção e controle da obesidade: a experiência brasileira de 2014 a 2018. Revista Panamericana de Salud Pública. 26 de novembro de 2019;43:e58.
- 51.** UNICEF. Crece la ola de sobrepeso en la niñez [Internet]. 2023. Disponível em: <https://reliefweb.int/report/world/crece-la-ola-de-sobrepeso-en-la-ninez-demasiado-tarde-para-revertir-la-marea-en-america-latina-y-el-caribe>
- 52.** Buoncristiano M, Spinelli A, Williams J, Nardone P, Rito AI, García-Solano M, et al. Childhood overweight and obesity in Europe: Changes from 2007 to 2017. Obes Rev. novembro de 2021;22 Suppl 6:e13226.
- 53.** OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Marco de Referência sobre a Dimensão Comercial dos Determinantes Sociais da Saúde na Agenda de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis [Internet]. 2020. 38 p. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52975>
- 54.** Brasil. Relatório de Atributos Legais e Infralegais. Prioridades do Plano Plurianual [Internet]. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/planejamento/pt-br/assuntos/planejamento/plano-plurianual/copy_of_arqui

vos/lei-do-ppa-2024-2027/prioridades_atributos-legais-e-infralegais.pdf

- 55.** Brasil. Planejamento Estratégico Institucional 2023 - 2026 [Internet]. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. 2023 [citado 29 de outubro de 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/governanca/planejamento-estrategico-institucional-pei/plano-estrategico-2023-2026>
- 56.** Brasil. Brasil Sem Fome [Internet]. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. 2024 [citado 29 de outubro de 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/brasil-sem-fome/brasil-sem-fome>
- 57.** Turner C, Aggarwal A, Walls H, Herforth A, Drewnowski A, Coates J, et al. Concepts and critical perspectives for food environment research: A global framework with implications for action in low- and middle-income countries. *Global Food Security*. 1º de setembro de 2018;18:93–101.
- 58.** Downs SM, Ahmed S, Fanzo J, Herforth A. Food Environment Typology: Advancing an Expanded Definition, Framework, and Methodological Approach for Improved Characterization of Wild, Cultivated, and Built Food Environments toward Sustainable Diets. *Foods*. 22 de abril de 2020;9(4):532.
- 59.** 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*. dezembro de 1999;29(6):563–70.
- 60.** Glanz K, Sallis JF, Saelens BE, Frank LD. Healthy nutrition environments: concepts and measures. *Am J Health Promot*. 2005;19(5):330–3, ii.
- 61.** Story M, Kaphingst KM, Robinson-O'Brien R, Glanz K. Creating Healthy Food and Eating Environments: Policy and Environmental Approaches. *Annu Rev Public Health*. 18 de março de 2008;29(1):253–72.
- 62.** Swinburn B, Sacks G, Vandevijvere S, Kumanyika S, Lobstein T, Neal B, Barquera S, Friel S, Hawkes C, Kelly B, L'abbé M, Lee A, Ma J, Macmullan J, Mohan S, Monteiro C, Rayner M, Sanders D, Snowdon W, Walker C; INFORMAS. INFORMAS (International Network for Food and Obesity/non-

-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support): overview and key principles. *Obes Rev.* 2013;1:12.

- 63.** Brasil. Decreto nº11821/2023 [Internet]. 11821 dez 12, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11821.htm
- 64.** Brasil. DECRETO N° 11.936, DE 5 DE MARÇO DE 2024 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. [Internet]. 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/d11936.htm
- 65.** Brasil. Guia alimentar para a população brasileira. 2014;(2):158.
- 66.** Brasil. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos [Internet]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde; 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf
- 67.** MCTI. Plataforma AdaptaBrasil MCTI [Internet]. 2024 [citado 23 de outubro de 2024]. Disponível em: <https://adaptabrasil.mcti.gov.br/>
- 68.** Rocha LL, Friche AADL, Jardim MZ, Castro Junior PCPD, Oliveira EP, Car-doso LDO, et al. Percepção dos residentes de favelas brasileiras sobre o ambiente alimentar: um estudo qualitativo. *Cad Saúde Pública.* 2024;40(3):e00128423.
- 69.** MDS, MS. PORTARIA INTERMINISTERIAL MDS/MS Nº 25, DE 1º DE SETEMBRO DE 2023 [Internet]. 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-mds/ms-n-25-de-1-de-setembro-de-2023-507354881>
- 70.** Brasil. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023.
- 71.** Wu YK, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing.* 2018;74(5):1030–42.

- 72.** WHO. Regional Office for Europe. Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe. [Internet]. 2017. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/353613>
- 73.** Tomiyama AJ, Carr D, Granberg EM, Major B, Robinson E, Sutin AR, et al. How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. *BMC Med.* dezembro de 2018;16(1):123.
- 74.** Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med.* abril de 2020;26(4):485–97.
- 75.** Latner JD, Barile JP, Durso LE, O'Brien KS. Weight and health-related quality of life: the moderating role of weight discrimination and internalized weight bias. *Eat Behav.* dezembro de 2014;15(4):586–90.
- 76.** Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, Van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews.* abril de 2015;16(4):319–26.
- 77.** Paim MB, Kovaleski DF. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. *Saude soc.* 30 de março de 2020;29:e190227.
- 78.** Felippe FM. O Peso Social da Obesidade. *Textos & Contextos* (Porto Alegre). 2003;2(1):1–12.
- 79.** Brasil. DECRETO N° 9.203, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2017. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. [Internet]. 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9203.htm

APÊNDICE

Participantes do grupo de trabalho instalado no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional

1ª REUNIÃO (18/10/2023)	
Representante	Órgão
Ana Lorena Ferreira	Ministério da Saúde - MS
Ana Maria Maya Martins	Instituto de Defesa de Consumidores - IDEC
Ariene Silva do Carmo	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Carla Santos	Ministério da Saúde - MS
Carolina Kikuta	Universidade de São Paulo - USP
Caroline Caus Dalabona	Pastoral da Criança
Caroline Moreira	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Cláudia Bocca	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Doralice Ramos	Painel Brasileiro da Obesidade
Eliene Souza	Programa Mundial de Alimentos - PMA
Erika Reis	Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP

Evelyn Santos	Associação Umane
Fábio Gomes	Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS
Fabiola Suano	Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP
Felipe Silva Neves	Ministério da Saúde - MS
Flávia Avelino	Ministério da Saúde - MS
Gabriela Bioni e Silva	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Geórgia Maria de Albuquerque	Ministério da Saúde - MS
Gisele Ane Bortolini	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Glaucia Rodrigues Medeiros	Associação Brasileira de Nutrição - ASBRAN
Helissa Moreira	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Henrique Andrade	Associação Umane
Inês Rugani	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Iorrana Lisboa Camboim	Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar - MDA
Janine Giuberti Coutinho	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS

Jonas Augusto	Universidade Federal do Paraná - UFPR
Josilene Lúcia dos Santos	Ministério das Mulheres - MM
Larissa Mendes	Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Lia Thieme Oikawa	Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP
Liliane Alves	Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA
Lúcia Helena Almeida Grattão	Ministério da Saúde - MS
Luciana Grucci Maya	Instituto Nacional de Câncer - INCA
Luciene Burlandy	Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO
Ludimyla dos Santos Victor Rodrigues	Ministério da Saúde - MS
Luisete Bandeira	Organização Mundial da Saúde - OMS
Luiz Saldanha	Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ
Maaike Arts	Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF
Maria Edna	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e a Síndrome Metabólica - ABESO
Marília Albieiro	ACT Promoção da Saúde
Marília Barreto	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE
Osiyalle Rodrigues	Programa Mundial de Alimentos - PMA

Patrícia Chaves Gentil	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Patrícia Fernandes	Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA
Poliana Cardoso	Universidade Federal da Bahia - UFBA
Priscila Diniz	ACT Promoção da Saúde
Rafael Barreto	Instituto Desiderata
Rafael Claro	Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Rayanne Sousa Caetano	Ministério das Mulheres - MM
Renata Bravin	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Renata Couto	Instituto Desiderata
Ricardo Brandão Oliveira	Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ
Rodrigo Martins	Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA
Roseli Zerbinato	Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar - MDA
Samantha Bittencourt	Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Tatiane Nunes Pereira	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Vanile Valério	Associação Brasileira de Nutrição - ASBRAN

2ª REUNIÃO (04/04/2024)	
Representante	Órgão
Alice Ishikawa Larú	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Ana Maria Maya	Instituto de Defesa de Consumidores - IDEC
Ana Míria dos Santos Cari-nhanha	Ministério da Igualdade Racial - MIR
Anna Beatriz Souza Antunes	Ministério da Saúde - MS
Ariene Silva do Carmo	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Bruna Kulik Hassan	ACT Promoção da Saúde
Bruno de Moura Santos	Ministério dos Povos Indígenas - MPI
Camila Linche	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Carla Renata Marques	Ministério da Saúde - MS

Carolina Freitas	Ministério da Cultura - MinC
Claudia Raulino Tramontt	Ministério da Saúde - MS
Eliene Sousa	Programa Mundial de Alimentos - PMA
Elisabetta Recine	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Fábio Carvalho	Ministério da Saúde - MS
Fabricio Pedrotti	Ministério da Agricultura e Pecuária - MAP
Felipe Silva Neves	Ministério da Saúde - MS
Fernanda Claudia Ferreira	Ministério das Mulheres - MM
Filipe Mendes	Ministério da Saúde - MS
Gabriele Carvalho de Freitas	Ministério da Saúde - MS
Gisele Ane Bortolini	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Herbert Borges Paes de Barros	Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos - MGI
Iorrana Lisboa Camboim	Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar - MDA
Isabella Elena Lima Furtado	Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar - MDA

Islândia Bezerra da Costa	Presidência da República
Josilene Lúcia dos Santos	Ministério das Mulheres - MM
Karoline Aires Ferreira Vasconcelos	Ministério da Pesca e Aquicultura - MAPA
Lais Amaral Mais	Instituto de Defesa de Consumidores - IDEC
Larissa Loures Mendes	Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Laura Fernanda Zacher	Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania - MDH
Liliane Alves Fernandes	Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA
Lina Apurinã	Ministério dos Povos Indígenas - MPI
Luciana Grucci Maya	Ministério da Saúde - MS
Luciane da Graça da Costa	Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação - MCTI
Ludmila Ferreira Martins Costa Abadia	Ministério do Esporte - MESP
Luiza Torquato	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Luiza Trabuco	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Maria Dandara Gonçalves de Almeida	Ministério da Igualdade Racial - MIR

Maria Eduarda Leão Diogenes Melo	Ministério da Saúde - MS
Mariana Belloni	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE
Marilda Oliveira de Britto Cohen	Ministério da Integração e do Desenvolvimento Regional - MDR
Marilia Albiero	ACT Promoção da Saúde
Marilia Sobral Albiero	ACT Promoção da Saúde
Monica Avelar Antunes Netto	Ministério da Fazenda - MF
Patrícia Chaves Gentil	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Paula Rincon Afonso Costa	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Paulo Lima	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Renara Guedes Araújo	Ministério da Saúde - MS
Renata Bravin	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Renato Domith Godinho	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Rodrigo Martins de Vargas	Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA
Roseli Zerbinato	Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar - MDA

Stephanie Amaral	Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF
Tallyta Cardoso Drummond	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Tiago Lanius Rauber	Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA
Tuanny Karen Ramos	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Filipe Mendes	Ministério da Saúde - MS
Camila Linche	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Renara Guedes Araújo	Ministério da Saúde - MS
Mariana Belloni	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE

3ª REUNIÃO (20/05/2024)	
Representante	Órgão
Adenilma da Silva Farias	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Anna Beatriz Souza Antunes	Ministério da Saúde - MS
Bruna Pitassi	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Camila Linche	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS

Camila Salvador Cipriano	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Carla Renata dos Santos Marques	Ministério da Saúde - MS
Cláudia Bocca	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Elcio de Souza Magalhães	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Fabio Carvalho	Ministério da Saúde - MS
Felipe Silva Neves	Ministério da Saúde - MS
Fernanda Claudia Ferreira	Ministério das Mulheres - MM
Gabriela Bione e Silva	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Gabriele Carvalho de Freitas	Ministério da Saúde - MS
Gisele Ane Bortolini	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Haímie Carvalho	Ministério do Esporte - MESP
Janine Giuberti Coutinho	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Laís Amaral Mais	Instituto de Defesa de Consumidores - IDEC

Larissa Loures Mendes	Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Laura Sollero de Paula	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Lúcia Helena Almeida Gratto	Ministério da Saúde - MS
Luciane Costa	Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação - MCTI
Luciano Garcia Lourenção	Ministério da Previdência Social - MPS
Mariana Belloni	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE
Patrícia Chaves Gentil	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Rafaella Lemos Alves	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Renata Zago Diniz Fonseca	Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA
Rodrigo Martins de Vargas	Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA
Sara Maria Lima Batista	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Stefanie Amaral	Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF

Tallyta Cardoso Drummond	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Tayana Macedo Pinheiro	Ministério da Saúde - MS
Tuanny ramos	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Wesley Silva Carvalho	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS

4ª REUNIÃO (21/08/2024)	
Representante	Órgão
Adenilma Farias	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Ana Beatriz Souza	Ministério da Saúde - MS
Ana Maria Maia	Instituto de Defesa de Consumidores - IDEC
Ariene do Carmo	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Barbara Gama	Ministério da Igualdade Racial - MIR
Bruna Kulik Hassan	ACT Promoção da Saúde
Bruna Pitasi	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Camila Linche	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Camille Vitoriano R. Pereira	Instituto Nacional de Câncer - INCA
Cláudia Bocca	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS

Daiane Lopes	Ministério da Educação - MEC
Elaine Chaves	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Eliene Sousa	Programa Mundial de Alimentos - PMA
Erika Reis	Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP
Fabio Carvalho	Instituto Nacional de Câncer - INCA
Felipe Silva Neves	Ministério da Saúde - MS
Fernanda Ferreira	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Gabriela Bioni	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Gabriele Carvalho	Ministério da Saúde - MS
Inês Rugani	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Isabela Alves	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE
Jaluzza Alves	Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania - MDH
Janine Giuberti Coutinho	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Josilene Santos	Ministério das Mulheres - MM
Juliana Machado	Ministério da Saúde - MS
Leosmar Antônio	Ministério dos Povos Indígenas - MPI
Lucia Helena Almeida Grattão	Ministério da Saúde - MS
Lyssa Matsuura	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Maria Eduarda Coelho	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS

Milena Serenini	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Natalia Doria	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Osiyalle Rodrigues	Programa Mundial de Alimentos - PMA
Patrícia Chaves Gentil	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Rafaella Lemos	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Regicely Aline	Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF
Renara Guedes Araújo	Ministério da Saúde - MS
Ricardo Brandao Oliveira	Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ
Stephanie Amaral	Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF
Tallyta Cardoso Drummond	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Thaís Fonseca Veloso de Oliveira	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS
Tiago Lanius	Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA
Wesley Carvalho	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS



MINISTÉRIO DO
DESENVOLVIMENTO
E ASSISTÊNCIA SOCIAL,
FAMÍLIA E COMBATE À FOME

