# Abordando as doenças crônicas não transmissíveis associadas à alimentação à luz dos determinantes sociais e comerciais da saúde: lições nacionais para questões globais

## *Análisis de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles relacionadas con la alimentación a la luz de los determinantes sociales y comerciales de la salud: lecciones nacionales para cuestiones globales*

## *Addressing Diet-Related Chronic Noncommunicable Diseases in Light of the Social and Commercial Determinants of Health: National Lessons for Global Issues*

***Eduardo Nilson, Felipe Neves, Erin William, Aliena Grainger e Denise Oliveira***

**Resumo:** Este informe explora as políticas preventivas para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis associadas à alimentação na perspectiva dos determinantes sociais e comerciais da saúde. Essa abordagem traz desde programas consagrados como as transferências condicionadas de renda e programas de alimentação escolar até novas estratégias como o Food is Medicine, incluindo a análise da possível captura dessas agendas pelas corporações de ultraprocessados.

***Resumen:*** *Este informe analiza las políticas preventivas para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la alimentación desde la perspectiva de los determinantes sociales y comerciales de la salud. Este enfoque abarca desde programas consolidados, como las transferencias de ingresos condicionadas y los programas de alimentación escolar, hasta nuevas estrategias como «Food is Medicine», e incluye un análisis de la posible captación de estas agendas por parte de las corporaciones de alimentos ultraprocesados.*

***Abstract:*** *This report explores preventive policies for the prevention of diet-related chronic noncommunicable diseases from the perspective of the social and commercial determinants of health. This approach ranges from well-established programs—such as conditional cash transfers and school feeding programs—to new strategies like "Food is Medicine," and includes an analysis of the potential co-optation of these initiatives by ultra-processed food corporations.*

### Introdução

O panorama global da saúde pública está passando por uma profunda transformação epidemiológica, com as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) respondendo atualmente por mais de 70% das mortes em todo o mundo. Na maioria dos países, as condições crônicas representam uma crise dominante, tanto por meio de uma carga epidemiológica significativa (óbitos e casos) quanto por um pesado ônus econômico sobre a infraestrutura de saúde pública e sobre as sociedades. Embora os modelos médicos tradicionalmente se concentrem em

intervenções curativas ou de tratamento, isto é, posteriores ao diagnóstico, a orientação contemporânea em saúde enfatiza que as doenças crônicas não transmissíveis são fortemente impulsionadas pelos determinantes comerciais e sociais da saúde e que a abordagem preventiva é muito mais custo-efetiva. Nesse contexto, os fatores de risco modificáveis, como o tabagismo, o consumo de álcool e a ingestão de bebidas açucaradas ou de produtos alimentícios ultraprocessados, são fortemente moldados por barreiras socioeconômicas mais amplas, e não apenas por escolhas individuais.

Para mitigar de forma efetiva essa carga crescente de doenças, os governos devem olhar além dos tratamentos clínicos e implementar políticas sociais estruturais e preventivas. Quando as iniciativas de proteção social são estrategicamente desenhadas para alterar a exposição a fatores de risco antes que estes se manifestem como condições crônicas, elas funcionam como alavancas poderosas a montante para a transformação da saúde pública. Integrar a orientação em saúde a marcos sociais permite que os Estados remodelem sistematicamente os espaços onde as pessoas vivem, estudam, se alimentam e adquirem produtos, reduzindo, em última instância, tanto a prevalência de doenças quanto os gastos públicos de longo prazo.

Dentre as principais políticas, os marcos nacionais de diretrizes alimentares e de ambiente escolar saudável constituem pontos de entrada críticos para esse alinhamento sistêmico de políticas. Num panorama mais amplo, os Guias Alimentares Baseados em Alimentos (GABAs) modernos evoluíram de folhetos educativos passivos para instrumentos regulatórios soberanos que governam sistemas alimentares ao incorporar em seus princípios os limites planetários ambientais, os incentivos de subsídios agrícolas e a classificação de processamento de alimentos Nova (segundo o grau e propósito do processamento industrial). Paralelamente, os ecossistemas de refeições escolares utilizam padrões nutricionais rigorosos, baseados nessas diretrizes modernas, para proteger as populações pediátricas contra ambientes alimentares obesogênicos, ao mesmo tempo em que estabilizam as economias agroalimentares locais por meio de políticas de aquisição de alimentos.

Para além dos ambientes institucionais, a assistência social direta e a programação inovadora em saúde pública podem preencher a lacuna entre a desvantagem socioeconômica e a equidade em saúde. Programas de transferência condicional de renda em larga escala e redes de proteção nutricional, como o programa Bolsa Família do Brasil e o Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP) dos Estados Unidos, demonstram que a complementação financeira de domicílios de baixa renda reduz significativamente a mortalidade prematura, as taxas de diabetes e as hospitalizações. Além disso, a emergência de intervenções clínicas do tipo “Alimento como Remédio” (*Food is Medicine*, FIM), que vão desde vales para produtos frescos até cestas médicas entregues em domicílio, oferece um arcabouço personalizado para contornar diretamente as barreiras estruturais de renda ao acesso à nutrição dentro de comunidades vulneráveis.

Contudo, o sucesso desses modelos sociais preventivos depende fortemente de salvaguardas estruturais contra interesses comerciais. À medida que os governos ampliam suas políticas intersetoriais de nutrição e saúde, enfrentam uma resistência corporativa concertada, o lobby da indústria e o risco do “nutricionismo”, no qual corporações de alimentos ultraprocessados reformulam produtos não saudáveis com nutrientes sintéticos isolados ou alegações “falsamente funcionais” para capturar os fluxos de compras públicas. Para assegurar que as reformas estruturais em saúde sejam sustentáveis e equitativas, formuladores de políticas e redes globais de saúde devem ancorar suas iniciativas em regulação independente

rigorosa, financiamento multissetorial interagencial e um reconhecimento maduro das condições sociais baseadas em direitos, necessárias para sustentar a saúde humana e planetária.

**Intervenções políticas**

*Guias Alimentares Baseados em Alimentos*

A arquitetura das diretrizes alimentares passou por uma profunda evolução conceitual e metodológica ao longo das últimas décadas, transitando de marcos bioquímicos reducionistas e restritos para modelos holísticos, baseados em alimentos e em sistemas alimentares. Historicamente enraizado em meados do século XX, o paradigma inicial da orientação alimentar foi estabelecido para abordar deficiências agudas de nutrientes isolados e condições clínicas como escorbuto, raquitismo, beribéri e desnutrição proteico-energética grave. Essas recomendações iniciais concentravam-se quase exclusivamente em nutrientes isolados, expressando requisitos biológicos por meio de ingestões diárias recomendadas (RDAs) de macronutrientes, vitaminas e minerais. Embora eficaz para estabelecer mínimos fisiológicos que previnem distúrbios de deficiência, esse referencial reducionista de "nutricionismo" tratava os alimentos meramente como veículos mecânicos de compostos químicos, ignorando em grande medida a complexa matriz física dos alimentos, os contextos culinários, as dimensões sociais da alimentação e as interações sinérgicas entre os componentes alimentares (UNICEF, 2021).

À medida que os perfis epidemiológicos globais se voltaram para a crescente prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), incluindo doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, obesidade e neoplasias relacionadas à dieta, as limitações de uma orientação puramente centrada em nutrientes tornaram-se cada vez mais evidentes. Em resposta, a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocaram a Conferência Internacional de 1995 em Nicósia, Chipre, que catalisou formalmente a transição rumo aos Guias Alimentares Baseados em Alimentos (GABAs). Essa mudança estrutural reconheceu que as populações humanas consomem combinações complexas de alimentos inteiros e refeições, em vez de nutrientes químicos isolados. A primeira geração de GABAs traduziu requisitos bioquímicos em grupos alimentares culturalmente contextualizados, frequentemente visualizados como pirâmides, pratos ou rodas que orientavam as populações sobre porções proporcionais de frutas, vegetais, grãos, leguminosas, laticínios e proteínas de origem animal, a fim de mitigar tanto a subnutrição crônica quanto a obesidade e o excesso de peso.

Apesar do avanço que os GABAs tradicionais representaram, as primeiras iterações permaneceram predominantemente focadas na densidade de nutrientes e na ingestão biológica, negligenciando inadvertidamente o impacto transformador do processamento industrial moderno de alimentos sobre os padrões dietéticos e a saúde metabólica. Preenchendo essa lacuna, pesquisadores da Universidade de São Paulo, liderados pelo Professor Carlos Monteiro, abordaram essa lacuna desenvolvendo o sistema de classificação Nova. A Nova estabeleceu um paradigma inteiramente novo na epidemiologia nutricional ao categorizar os alimentos não segundo sua origem botânica ou zoológica ou seus perfis nutricionais específicos, mas segundo a extensão e a finalidade do processamento industrial a que são submetidos: alimentos in natura ou minimamente processados, ingredientes culinários processados, alimentos processados e alimentos ultraprocessados (AUPs). Ao demonstrar que o ultraprocessamento degrada a matriz alimentar natural e introduz formulações hiperpalatáveis, ricas em açúcares adicionados, gorduras saturadas, amidos refinados, aditivos industriais e alta

densidade energética, a Nova forneceu um referencial mecanístico robusto que vincula diretamente os padrões dietéticos à sindemia global de obesidade, disfunção metabólica e degradação ambiental (Monteiro et al., 2025).

A integração da classificação Nova alterou fundamentalmente o desenho das diretrizes alimentares nacionais, estabelecendo uma mudança qualitativa de "quais nutrientes consumir" para "como o alimento é produzido, processado e preparado". O Brasil esteve na vanguarda dessa mudança de paradigma com a publicação, em 2014, do marco histórico Guia Alimentar para a População Brasileira, que estruturou suas recomendações centrais em torno do referencial Nova. Em vez de prescrever limiares quantitativos de nutrientes ou contagens de porções, as diretrizes brasileiras estabeleceram a regra de ouro de tornar os alimentos in natura e minimamente processados a base da alimentação, utilizar ingredientes culinários processados com moderação e recomendar explicitamente evitar formulações de alimentos ultraprocessados (Ministério da Saúde, 2014). Esse avanço conceitual conectou a ciência nutricional à cultura culinária, à comensalidade social e à autonomia alimentar, oferecendo um modelo operacional que inspirou revisões subsequentes de diretrizes em toda a América Latina e globalmente, incluindo marcos nacionais no Uruguai, no Peru, no Equador e em Israel.

O consenso global contemporâneo em saúde, liderado por agências como o UNICEF, a FAO e a OMS, ampliou ainda mais esse mandato ao conceituar as diretrizes alimentares como instrumentos abrangentes, baseados em sistemas alimentares. Em vez de tratar a nutrição como uma escolha isolada do consumidor, as diretrizes alimentares modernas baseadas em sistemas alimentares incorporam em seus princípios centrais toda a cadeia de suprimentos, os limites planetários ambientais, o patrimônio cultural e a equidade socioeconômica. Diretrizes de países como o Canadá, as nações nórdicas (Recomendações Nutricionais Nórdicas) e a Alemanha demonstram essa convergência moderna. Por exemplo, o Guia Alimentar canadense de 2019 aboliu as porções quantitativas tradicionais por grupo alimentar, enfatizando os alimentos integrais, a água como bebida preferencial, os aspectos sociais da alimentação consciente e advertências claras contra produtos altamente processados. Simultaneamente, as Recomendações Nutricionais Nórdicas de 2023 integraram avaliações rigorosas de impacto ambiental de ciclo de vida, demonstrando como a transição para padrões dietéticos predominantemente vegetais, compostos majoritariamente por alimentos minimamente processados, otimiza concomitantemente a saúde populacional e mitiga as emissões de gases de efeito estufa, a degradação do solo e a perda de biodiversidade.

Fundamentalmente, as diretrizes alimentares modernas, baseadas em alimentos e em sistemas alimentares, funcionam como muito mais do que folhetos educativos individuais; elas servem como instrumentos fundacionais para a indução de políticas multissetoriais e para a governança. Quando as diretrizes alimentares definem explicitamente padrões dietéticos saudáveis e sustentáveis e delimitam claramente a distinção entre alimentos integrais e produtos ultraprocessados, elas fornecem os parâmetros legais e técnicos necessários para alinhar políticas públicas em diversos setores, incluindo saúde, agricultura, educação, comércio e proteção social. Em contextos institucionais, essas diretrizes estabelecem padrões nutricionais obrigatórios para as compras públicas de alimentos em escolas, hospitais, programas de assistência social e unidades prisionais, criando assim uma demanda institucional previsível e agregada por alimentos locais, produzidos de forma agroecológica e minimamente processados.

O poder indutor de políticas das diretrizes modernas se estende a medidas regulatórias estruturais desenhadas para remodelar os determinantes comerciais da saúde e os ambientes

alimentares obesogênicos. Diretrizes com autoridade científica servem como âncora para sistemas obrigatórios de rotulagem frontal de advertência (como os octógonos pretos implementados no Chile, no México e na Argentina e as lupas no Brasil), para políticas fiscais direcionadas, incluindo impostos seletivos sobre bebidas açucaradas e produtos ultraprocessados, e para restrições estatutárias à comercialização e à publicidade de alimentos não saudáveis dirigidos a crianças. Além disso, ao definir os atributos da produção alimentar sustentável, as diretrizes baseadas em sistemas orientam reformas de subsídios agrícolas nacionais, direcionando incentivos financeiros e técnicos para longe de monoculturas destinadas à ração animal e de aditivos alimentares industriais, em direção à produção diversificada de frutas, vegetais, leguminosas e alimentos básicos biofortificados ricos em nutrientes (Scrinis et al., 2025).

Em última análise, a trajetória evolutiva das diretrizes alimentares reflete o reconhecimento maduro de que a nutrição biológica individual é indissociável das estruturas socioeconômicas, dos sistemas agrícolas e das tecnologias de processamento industrial que regem a disponibilidade, a acessibilidade e o consumo de alimentos. Ao harmonizar o rigor epidemiológico, o referencial de processamento Nova e os limites de sustentabilidade ecológica, as diretrizes alimentares modernas, baseadas em alimentos e em sistemas alimentares, evoluíram de conselhos passivos de contagem de nutrientes para roteiros de políticas dinâmicos e soberanos. Para profissionais de saúde global, formuladores de políticas nacionais e agências internacionais de desenvolvimento, essas diretrizes integradas constituem um dos instrumentos sistêmicos mais poderosos disponíveis para salvaguardar simultaneamente a saúde metabólica humana, proteger os limites planetários e avançar a equidade em saúde global entre gerações.

**Políticas de Ambiente Escolar**

Os programas de alimentação escolar, alternativamente designados como programas de merenda escolar ou de alimentação escolar, são intervenções institucionais por meio das quais estudantes matriculados recebem refeições, lanches ou rações para consumo domiciliar em ambientes educacionais formais. Funcionando como instrumentos de política multissetorial, esses programas se conectam à proteção social, à saúde pública, à educação básica e às cadeias de valor agrícolas. Ao incorporar transferências dietéticas diretas às escolas, visam aliviar a fome infantil imediata, incentivar a frequência escolar e o desempenho cognitivo, e servir como alavancas estruturais para uma transformação mais ampla dos sistemas alimentares.

Em escala global, a Pesquisa Global de Programas de Alimentação Escolar de 2024 relata que pelo menos 407,8 milhões de crianças em idade escolar em 169 países receberam alimentação escolar durante o ano letivo de 2022, representando aproximadamente 25% de todas as crianças em idade escolar no mundo. A cobertura apresenta um gradiente acentuado entre as classificações de renda do Banco Mundial: atingindo apenas 13% das crianças em idade escolar nos países de baixa renda (LICs), 24% nos países de renda média-baixa (LMICs), 26% nos países de renda média-alta (UMICs) e 48% nos países de alta renda (HICs). A cobertura do ensino fundamental permanece o foco operacional primário em todo o mundo, atingindo 39% de todos os estudantes matriculados nesse nível globalmente (variando de 25% nos LICs a 62% nos HICs), enquanto a cobertura do ensino secundário permanece comparativamente restrita, em 18% (Global Child Nutrition Foundation, 2024).

A pesquisa estimou que o financiamento global total destinado aos programas de alimentação escolar atingiu pelo menos 67,2 bilhões de dólares em 2022, com os governos

fornecendo 99% do financiamento agregado total globalmente. No entanto, também mostrou que disparidades fiscais severas persistem entre os diferentes níveis de renda: além da média global de 137 dólares (261 Int$ PPC – Dólares internacionais em poder paridade de compra), o orçamento anual agregado por criança beneficiária varia de 611 dólares (897 Int$ PPC) nos países de alta renda, 39 dólares (209 Int$ PPC) nos países de renda média-alta, a apenas 8 a 18 dólares (73 a 94 Int$ PPC) nos países de baixa e renda média-baixa. Embora as alocações nominais dos programas nos países de baixa e média renda tenham apresentado aumentos marginais, os ajustes pelo índice de preços ao consumidor revelam que os orçamentos reais por criança caíram acentuadamente entre 2017 e 2022, devido à intensa inflação de alimentos e combustíveis, recuando de 35,70 dólares para 28,04 dólares (em dólares constantes de 2020) nos LMICs.

Regionalmente, a América Latina e o Caribe (LAC) apresentam a maior cobertura agregada, atingindo 51% de todas as crianças em idade escolar, 66% das crianças em idade de ensino fundamental e 47% das crianças em idade pré-escolar (em grande parte puxados pelo Brasil, que possui o programa com a maior população coberta no mundo). A região demonstra institucionalização orçamentária doméstica quase completa, com 100% do financiamento agregado proveniente de orçamentos governamentais domésticos e 79% dos países mantendo uma linha orçamentária nacional dedicada à alimentação escolar. Os programas da LAC caracterizam-se por alta diversidade dietética (com média de 8,9 categorias de alimentos saudáveis por cardápio) e pela integração estrutural de pessoal técnico especializado, com 95% dos programas envolvendo nutricionistas profissionais no desenho e na gestão do programa.

Mudando para o continente africano, na África Subsaariana, os programas de alimentação escolar cobrem 19% de todas as crianças em idade escolar e 30% das crianças em idade de ensino fundamental, enquanto a cobertura do ensino secundário permanece restrita a 4%. A África Subsaariana mantém a menor parcela de financiamento público, com uma média de 48% dos orçamentos dos programas provenientes de fontes governamentais e uma alocação agregada por criança de 26 dólares (84 Int$ PPC) ao ano. Para preencher déficits operacionais, 56% dos programas dependem de contribuições voluntárias, em espécie, da comunidade e das famílias (como lenha e grãos básicos), e 57% dos cozinheiros trabalham sem remuneração monetária. Concomitantemente, a região lidera em intensidade de alimentação escolar de produção local (HGSF), com 66% dos programas apresentando pelo menos quatro indicadores centrais de HGSF, 89% implementando a aquisição local para reduzir as distâncias de transporte de alimentos e 60% fornecendo apoio técnico direto a pequenos agricultores.

Nos países de baixa e média renda, os programas de alimentação escolar estão estrategicamente posicionados para enfrentar o duplo fardo da má nutrição, a ocorrência simultânea desnutrição (déficit estatural, emaciação, deficiências de micronutrientes) e sobrepeso/obesidade infantil. A desnutrição e os déficits de micronutrientes são abordados principalmente por meio da diversificação da cesta alimentar, da fortificação industrial e da biofortificação. Globalmente, 58% dos programas incorporam alimentos básicos fortificados, predominantemente enriquecidos com vitamina A (78%), ferro (60%) e iodo (50%), com adoção atingindo 79% nos LICs e 75% nos LMICs. Segundo o relatório, culturas biofortificadas (como batata-doce de polpa laranja rica em vitamina A e feijões biofortificados com ferro) são servidas em 24% dos programas de LICs e 16% dos de LMICs, enquanto a suplementação direcionada de micronutrientes é integrada em 45% das intervenções de LICs.

Em particular, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) do Brasil serve como referência global de destaque para sistemas alimentares escolares sustentáveis e baseados em direitos, fornecendo cobertura universal diária de refeições a aproximadamente 40 milhões de estudantes da educação básica pública em todos os 5.568 municípios do país. Operacional e tecnicamente alinhado ao Guia Alimentar para a População Brasileira e ao sistema de classificação Nova, o marco regulatório do PNAE prioriza alimentos frescos e minimamente processados, impõe limites rigorosos a açúcares adicionados, sódio e gorduras saturadas, e restringe ou proíbe sistematicamente formulações ultraprocessadas dos cardápios escolares. Crucialmente, o programa atua como um poderoso motor institucional para a transformação dos sistemas alimentares por meio de seu modelo estatutário de compras públicas, estabelecido por legislação federal, que determina que uma parcela substancial dos recursos federais de aquisição de alimentos seja gasta em compras diretas da agricultura familiar local (percentual recentemente ampliado de 30% para 45% das compras de alimentos), assentamentos de reforma agrária, populações indígenas tradicionais e comunidades quilombolas. Ao combinar padrões nutricionais abrangentes, supervisionados por nutricionistas profissionais obrigatórios e por Conselhos de Alimentação Escolar participativos, com acesso garantido ao mercado para pequenos agricultores, o PNAE protege simultaneamente a saúde metabólica infantil, fortalece os meios de subsistência rurais, fomenta a biodiversidade e reforça as economias agroalimentares locais.

Simultaneamente, os programas mitigam o crescente sobrepeso e obesidade pediátricos, condições que afetam 20% e 8% das crianças e adolescentes globalmente, ao estabelecer ambientes alimentares institucionais e comportamentos dietéticos de apoio. Nos LMICs, 73% das iniciativas de alimentação escolar integram educação alimentar e nutricional formal, 52% incorporam atividade física estruturada e 46% aplicam padrões nutricionais obrigatórios para a formulação de cardápios. Além disso, medidas regulatórias voltadas aos ambientes alimentares escolares são cada vez mais adotadas, com 52% dos países pesquisados aplicando proibições estatutárias a alimentos ultraprocessados nas dependências escolares e 72% promulgando restrições à comercialização predatória de alimentos dentro do ambiente escolar. Por meio desse desenho operacional de duas frentes, os programas de alimentação escolar nos LMICs preenchem déficits calóricos imediatos ao mesmo tempo em que protegem contra o risco de doenças crônicas não transmissíveis a longo prazo.

No entanto, nem todos os estudantes frequentam escolas públicas que implementam os programas nacionais de alimentação escolar, de modo que as escolas privadas também precisam ser ambientes protegidos, proibindo a comercialização de alimentos ultraprocessados. Como isso requer uma regulação forte, as indústrias alimentícias têm constantemente resistido a essas iniciativas em muitos países da América Latina, embora experiências bem-sucedidas no Chile, onde produtos com rótulos de advertência não podem ser vendidos nas escolas, e regulamentações de vendas e comercialização em estados e municípios brasileiros, tenham mostrado resultados promissores.

**Conectando Políticas de Proteção Social e Saúde**

Nos últimos anos, os cientistas passaram a compreender melhor a extensão em que os determinantes sociais da saúde não são influências menores, mas sim grandes impulsionadores das disparidades na carga de doenças; ainda assim, as políticas de proteção social continuam sendo elaboradas de forma distinta das políticas de saúde. Ao reconhecer o potencial ainda não explorado de implementar estrategicamente políticas sociais para aliviar os determinantes

sociais da saúde e, assim, reduzir os fardos de doenças crônicas a jusante, os países podem melhorar significativamente a saúde de suas populações e reduzir drasticamente os gastos com saúde. O Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP) dos Estados Unidos e o programa Bolsa Família do Brasil oferecem excelentes exemplos de como, ao complementar financeiramente domicílios de baixa renda, os benefícios se estendem para além da segurança alimentar e de renda, chegando à melhoria da saúde populacional e individual.

O programa SNAP dos Estados Unidos é um programa federal de assistência nutricional desde 1964 e visa principalmente reduzir a insegurança alimentar por meio do fornecimento de benefícios mensais a domicílios de baixa renda por meio de cartões de transferência eletrônica de benefícios (EBT). Em 2024, o programa SNAP atendeu, em média, 41,7 milhões de pessoas por mês, e seu impacto abrangente vai além do mero aumento da segurança alimentar (JONES, 2025). Estudos recentes conduzidos pelo Leonard Davis *Institute of Health Economics* da Universidade da Pensilvânia captam a extensão em que a abordagem das disparidades socioeconômicas pode impactar drasticamente os desfechos de saúde de uma população. Constatou-se que o acesso ampliado e facilitado aos benefícios do SNAP nos estados foi associado a taxas mais lentas de prevalência de diabetes, e que os participantes do SNAP apresentam menos hospitalizações, menores custos de saúde e gastos com Medicaid, além de uma redução de 1 a 2% na mortalidade prematura por todas as causas entre adultos de 40 a 64 anos (BERKOWITZ et al., 2021; HEFLIN; INGRAM; ZILIAK, 2019; HINCKLEY, 2025; KHATANA et al., 2021).

Com os benefícios do SNAP, os domicílios de baixa renda que, de outra forma, teriam de fazer escolhas entre alimentação e outras necessidades passam a ter maior autonomia sobre sua saúde e bem-estar, por meio do aumento do acesso a alimentos nutritivos, da redução do estresse financeiro geral e da possibilidade de destinar recursos a outras despesas necessárias, como moradia, transporte e medicamentos. Esse combate preventivo a uma restrição socioeconômica altera os desfechos de saúde sem exigir uma intervenção médica onerosa para o indivíduo; em vez disso, muda proativamente os riscos de saúde de toda a população. Isso é particularmente relevante no que diz respeito à prevenção de doenças crônicas, já que os sistemas de saúde que tratam diabetes, hipertensão e doença cardiovascular após o diagnóstico, condições cada vez mais comuns, são extremamente onerosos, especialmente considerando o início mais precoce dos sintomas em crianças e o aumento da expectativa de vida das populações. Abordar os determinantes socioeconômicos da saúde pode alterar a exposição ao risco antes que este se torne crônico, reduzindo, em última instância, os custos pessoais e sociais.

A inovação política mais verdadeiramente impactante, no entanto, virá do uso da orientação em saúde para informar e especificar políticas sociais. Embora os programas de educação nutricional associados ao SNAP incentivem o alinhamento com as Diretrizes Alimentares para Americanos, os benefícios do SNAP não operam sob nenhuma restrição federal de compra (*"What the New Dietary Guidelines Mean for You – And Your SNAP Benefits*", 2026). Isso representa uma oportunidade para os governos irem além da melhoria do acesso a alimentos e garantirem a qualidade da dieta com uma mudança política pequena. Em 2026, pela primeira vez na história do programa, dez estados implementaram Renúncias de Restrição Alimentar do SNAP contra compras de bebidas açucaradas, o que resultou em uma redução de 13%, em média, nas compras de refrigerante (FRISVOLD; LOZANO ROJAS, 2026). Alinhar as compras do SNAP às diretrizes alimentares e, consequentemente, melhorar a qualidade da

dieta, tem o potencial de promover uma melhoria ainda mais profunda na saúde populacional e na redução de doenças crônicas.

O programa Bolsa Família do Brasil, lançado em 2003 como a unificação de programas setoriais voltados a diferentes faixas etárias, é o maior programa de transferência condicional de renda do mundo, voltado não apenas para a redução da pobreza, mas para a ruptura do ciclo intergeracional por meio da garantia de justiça social e equidade. Interligada a iniciativas relacionadas à saúde, educação e assistência social, essa política abrangente, apoiada pelo sistema Cadastro Único do Brasil, monitora e apoia continuamente os setores mais vulneráveis da população. Os benefícios variam conforme o tamanho do domicílio, a renda, a condição de gestação e outros fatores, e o fornecimento dos recursos é condicional ao cumprimento de exigências escolares e de saúde. Este programa oferece um exemplo claro de como políticas que abordam fundamentalmente determinantes socioeconômicos se traduzem em melhorias consideráveis a jusante na saúde.

Uma análise do Programa Bolsa Família, conduzida pelo Cidacs e pela Fiocruz Bahia em 2026, revelou que filhos de mães inscritas no programa apresentaram um risco 11% menor de baixo peso ao nascer, e que tanto as mães quanto as crianças menores de cinco anos, quando envolvidas no programa, apresentaram reduções na mortalidade, de 31% e 16%, respectivamente (CIDACS; FIOCRUZ BAHIA, 2026). Além disso, constatou-se que os beneficiários enfrentam um risco 4% menor de doença cardiovascular, sendo esse efeito mais pronunciado, com redução de 14% no risco, para indivíduos em municípios com níveis mais elevados de pobreza (CIDACS; FIOCRUZ BAHIA, 2026). Com uma abordagem mais multifacetada do que o programa SNAP, a saúde é promovida por meio de diversos mecanismos diferentes no programa Bolsa Família. A complementação de renda não apenas permite que os indivíduos tenham acesso mais confiável a alimentação, moradia e medicamentos, como também, ao vincular esses benefícios a condicionalidades de saúde e educação, incluindo vacinação em dia e frequência escolar consistente, o programa incentiva um contato mais frequente com os cuidados preventivos de saúde e aumenta a autonomia do indivíduo sobre seu estilo de vida e saúde.

A verdadeira extensão desses benefícios na população maior, ao longo do tempo, é ainda mais impressionante. Um estudo publicado pela The Lancet Public Health em 2025 estimou uma redução de 8.225.390 hospitalizações, particularmente entre indivíduos com mais de 70 anos, e 713.083 óbitos evitados como resultado da eficácia do programa Bolsa Família entre os anos de 2000 e 2019 (CAVALCANTI et al., 2025). As evidências também indicam que os benefícios são frequentemente mais pronunciados entre populações que enfrentam maior desvantagem socioeconômica, por exemplo, municípios mais pobres e mães negras ou indígenas. Ao reduzir simultaneamente as desigualdades de renda, melhorar a educação e promover a inclusão social, cada um dos quais determinantes socioeconômicos comuns da saúde, programas de transferência condicional de renda como o Bolsa Família constituem implementações de política inestimáveis para a melhoria dos desfechos sociais e de saúde de amplos segmentos da população. De particular importância, políticas futuras deveriam modelar-se pela natureza condicional e intersetorial da implementação brasileira, de modo a promover um sistema sustentável e maximamente benéfico.

Para elucidar ainda mais a extensão em que as proteções sociais estão vinculadas à saúde, diversos estudos avaliaram os efeitos adversos que surgem quando há reduções nessas políticas sociais.

**H.R.1 e Impasse Regulatório: Como o H.R.1 e o Lobby da Indústria Solapam a Agenda de Prevenção do MAHA**

Atualmente, o movimento *Make America Healthy Again* (MAHA) do governo Trump enquadra sua agenda como um "realinhamento estratégico" rumo a políticas voltadas para priorizar a prevenção, o bem-estar e a resiliência (THE WHITE HOUSE, 2025). No entanto, cortes federais a programas sociais de longa data, entre os quais se destaca o Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP), ameaçam esse objetivo. Esses cortes estão incorporados na lei de reconciliação orçamentária de 2025 dos Estados Unidos, o *One Big Beautiful Bill Act* (H.R.1, P.L. 119-21), que avança a devolução fiscal federal ao transferir responsabilidades de custos de Washington para os estados em diversos programas importantes (CONGRESS, 2025). Essa mudança desestabiliza uma estrutura de financiamento que permaneceu majoritariamente intacta desde o estabelecimento do SNAP sob o *Food Stamp Act* de 1964. Historicamente, o governo federal financiou integralmente os benefícios do SNAP, dividindo os custos administrativos igualmente com os estados, cada um cobrindo 50% (FOOD RESEARCH & ACTION CENTER, 2025).

A partir do ano fiscal de 2027 (com início em 1º de outubro de 2026), o governo federal reduzirá suas contribuições federais ao financiamento administrativo do SNAP de 50% para 25%, transferindo a maior parte desse ônus fiscal para os estados (FOOD RESEARCH & ACTION CENTER, 2025). A mesma lei de reconciliação aplica estratégias comparáveis de devolução e transferência de custos a outros programas importantes, incluindo Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF), Seguro-Desemprego e Medicaid (CONGRESS, 2025). O que torna essa abordagem em relação ao SNAP particularmente consequente é sua assimetria estrutural: a lei exige que os estados absorvam custos que o governo federal antes arcava; contudo, dentro do sistema federalista, os estados (diferentemente do governo federal) precisam equilibrar seus orçamentos com muito menos capacidade fiscal para tal, produzindo efeitos a jusante sobre elementos centrais do programa, como triagem de elegibilidade, precisão dos benefícios e quadro de pessoal. Além disso, a Lei H.R.1 prevê o estabelecimento, pela lei de 1964, de um ônus fiscal federal de 100% sobre o custo do SNAP, criando um novo requisito de contrapartida estadual de custos de pelo menos 6% a 15% dos custos dos benefícios do SNAP, representando uma mudança sem precedentes na estrutura orçamentária (CONGRESS, 2025; FOOD RESEARCH & ACTION CENTER, 2025; STAMP, 2019).

Embora a mudança no financiamento administrativo não entre em vigor até este outubro, suas consequências a jusante já são visíveis: os requisitos de trabalho ampliados e as regras de verificação mais rigorosas do SNAP, também promulgados sob o H.R.1, já excluíram mais de 6 milhões de pessoas do programa em todo o país desde o início da implementação da lei. O impacto tem sido acentuadamente desigual entre os estados. O Arizona registrou de longe o declínio mais acentuado, com sua base de beneficiários caindo mais de 50%, enquanto Geórgia, Louisiana, Flórida e Nevada registraram, cada um, declínios superiores a 20% (FOOD RESEARCH & ACTION CENTER, 2025). Somando-se a essas quedas de base à mudança de compartilhamento de custos administrativos que chegará neste outono, esses estados agora enfrentam um ônus fiscal e administrativo composto: quedas acentuadas de base impulsionadas por mudanças federais, sobrepostas a uma estrutura de financiamento que em breve exigirá que absorvam três quartos dos custos administrativos do programa com capacidade orçamentária comparativamente limitada.

Como mencionado anteriormente, o acesso ampliado aos benefícios do SNAP tem sido correlacionado a uma menor prevalência de diabetes e a menos hospitalizações, menores custos de saúde e gastos com Medicaid; no entanto, agora os cortes em ambos os programas podem resultar em taxas mais elevadas de insegurança alimentar, condições crônicas, utilização de serviços de saúde e outros riscos compostos (RAE, 2025). Fontes também relatam que quase 78% dos beneficiários do SNAP também estão inscritos no Medicaid, um reflexo dos limiares de elegibilidade por renda sobrepostos entre os dois programas (RAE, 2025). Cortes federais simultâneos a ambos os programas, portanto, impõem um duplo fardo aos estados com restrições orçamentárias: populações sobrepostas perdendo cobertura alimentar e de saúde ao mesmo tempo, somadas aos custos de reestruturação administrativa e sistêmica decorrentes da implementação de ambos os conjuntos de mudanças. Essa retração da responsabilidade fiscal é espelhada por uma retração paralela na frente regulatória. Mesmo à medida que o governo federal reduz seu compromisso financeiro com a assistência alimentar, tem tido dificuldades em avançar os instrumentos regulatórios que deveriam compensar essa retração, nomeadamente, uma definição federal de alimentos ultraprocessados (AUP).

O Secretário de Saúde Robert F. Kennedy Jr. posicionou o movimento Make *America Healthy Again* em torno de uma definição federal de AUP como o pilar de uma estratégia regulatória mais ampla: a rotulagem frontal, os padrões de nutrição escolar, a política de compras públicas e os esforços de educação do consumidor dependem todos, primeiramente, do estabelecimento do que é definido como "ultraprocessado" (TALLIE, 2026) (FOR, 2025). No entanto, mais de um ano após Kennedy ter prometido uma definição, e após um lobby sustentado de corporações transnacionais de alimentos e grupos comerciais como a *Consumer Brands Association*, a definição permanece em revisão federal (TALLIE, 2026). O resultado é um governo em retração em duas áreas fundamentais: retirando a rede de segurança fiscal federal que assistia domicílios de baixa renda incapazes de arcar com alimentos, ao mesmo tempo em que não entrega a rede de segurança regulatória que poderia ter tornado os suprimentos alimentares remanescentes mais saudáveis. Como resultado, populações já prejudicadas pelos cortes na programação do SNAP ficam duplamente expostas ao abandono fiscal e à estagnação regulatória.

Enquanto a retração fiscal do governo federal dos Estados Unidos deixou famílias vulneráveis com assistência limitada, o lobby simultâneo e agressivo de corporações transnacionais de alimentos agrava seu risco: essas mesmas famílias, provavelmente já desproporcionalmente expostas aos AUPs (RAE, 2025), enfrentam risco elevado de consumo excessivo, à medida que os determinantes comerciais da saúde permanecem em grande parte sem controle. A estratégia que as corporações transnacionais de alimentos estão atualmente implantando contra o governo federal dos Estados Unidos (executivos de grandes empresas alimentícias fazendo lobby diretamente junto à Casa Branca para estagnar uma definição de AUP, ao mesmo tempo em que se apoiam na postura contrária à regulação mais ampla do governo (TALLIE, 2026)) espelha um manual de estratégias utilizado em todo o mundo, independentemente da posição econômica de um país. Evidências que cobrem a rede global de lobby da indústria mostram que isso não é incidental: as corporações transnacionais de AUPs coordenam estratégias políticas e legislativas direcionadas a jurisdições com menor capacidade regulatória.

Ao redor do mundo, o Big Food travou uma batalha comparável nos tribunais: uma investigação transfronteiriça identificou 239 processos judiciais movidos entre 2010 e 2025 no

Brasil, no México, na Colômbia, nos Estados Unidos, no Reino Unido e na Índia, contestando políticas de nutrição após sua promulgação, incluindo leis de rotulagem frontal, restrições à publicidade dirigida a crianças e impostos sobre produtos açucarados ou ultraprocessados. Brasil e México ilustram duas variações da mesma estratégia subjacente (RAE, 2025). No Brasil, as empresas alimentícias litigam deliberadamente por meio de associações setoriais, em vez de em seus próprios nomes, mantendo marcas individuais isoladas de uma percepção pública prejudicada (RAE, 2025). No México, o país mais atingido, respondendo por 193 dos 239 processos, a maioria direcionada à rotulagem frontal, as empresas argumentaram diretamente nos tribunais que tais regulações violam direitos constitucionais e do consumidor (RAE, 2025). A atual disputa em torno da definição de AUP proposta por Kennedy nos Estados Unidos segue essa mesma lógica subjacente, adaptada a um cenário diferente: em vez de esperar que uma política seja promulgada para depois litigar, a indústria está se movendo para bloquear uma definição antes que seja finalizada, fazendo lobby diretamente junto ao poder executivo. Embora os cenários de batalha jurídica variem conforme os sistemas políticos, o objetivo é consistente: atrasar ou mesmo descarrilar a regulação antes que ela remodele os ambientes alimentares. Tanto no contexto doméstico dos Estados Unidos quanto no contexto comercial global, a ênfase do MAHA na prevenção é solapada por uma retração federal das proteções sociais e das intervenções regulatórias necessárias para abordar os determinantes estruturais e comerciais do aumento da prevalência de doenças crônicas.

**Implementações de *Food is Medicine* (FIM)**

As intervenções de Alimento como Remédio (*Food is Medicine*, FIM) ganharam atenção recente, particularmente nos Estados Unidos, como uma abordagem mais nova para a prevenção e o tratamento de doenças crônicas, e como um próximo passo promissor para a política nutricional. Em vez de meramente aconselhar pacientes com doenças crônicas a melhorar a qualidade de suas dietas, essa abordagem reconhece as barreiras de acesso a alimentos saudáveis que ocorrem mais frequentemente para aqueles desproporcionalmente afetados por doenças crônicas não transmissíveis, e, em vez disso, fornece alimento diretamente a eles.

O FIM incorpora os aspectos positivos do SNAP e do Bolsa Família ao reconhecer que a nutrição não é determinada apenas pelo conhecimento e comportamento individual, mas é fortemente influenciada por barreiras socialmente impostas de acesso e acessibilidade econômica. Essas intervenções podem ser adaptadas para assumir diversas formas distintas e, portanto, podem ser implementadas para atender às necessidades nutricionais, clínicas, socioeconômicas e culturais dos beneficiários. As três formas mais comuns de intervenção são as prescrições de produtos frescos, as cestas médicas personalizadas (MTGs) e as refeições médicas personalizadas (MTMs).

Os programas de prescrição de produtos frescos são a abordagem menos clinicamente envolvida e mais orientada à população, aumentando o acesso dos indivíduos a frutas, vegetais e outros alimentos saudáveis, mais comumente por meio de vales de supermercado, subsídios ou fornecimento direto de produtos. Essas intervenções, que visam aumentar a qualidade e a diversidade da dieta de muitos indivíduos, são particularmente adequadas para populações que enfrentam insegurança alimentar, para aquelas culturalmente diversas e para aquelas que, em geral, têm dificuldade de acesso à atenção primária, já que as prescrições de produtos frescos aumentam o poder de compra e o acesso, não exigem uma dieta prescrita por médico e mantêm a escolha pessoal nas compras. Segundo uma avaliação de 22 programas de prescrição de

produtos frescos, esses programas mostraram trazer benefícios positivos para a hemoglobina glicada (A1c), que diminuiu cerca de 0,29% entre adultos com níveis elevados, além de melhorar a pressão arterial sistólica em mais de 8 mmHg e reduzir o IMC entre indivíduos com sobrepeso, ao mesmo tempo reduzindo em um terço as chances de insegurança alimentar.

As cestas médicas personalizadas (MTGs) constituem uma forma mais intensiva de intervenção FIM, já que os pacientes recebem pacotes de alimentos de acordo com sua condição médica. Diferentemente de uma prescrição de produtos frescos, essa abordagem pode direcionar requisitos nutricionais de forma mais específica e mantém alguma capacidade de autonomia, já que os indivíduos, em última instância, preparam os alimentos por conta própria. Esses pacotes podem estar alinhados a uma dieta específica, como a mediterrânea ou a DASH, mas também podem ser adaptados a condições crônicas específicas, como diabetes ou doença cardiovascular, e também demonstraram, preliminarmente, apresentar desfechos clínicos positivos.

Em uma amostra de 460 adultos do sistema Kaiser Permanente do sul da Califórnia, identificados com base na presença de níveis consistentemente elevados de HbA1c (hemoglobina glicada) e no uso do Medicaid, um ensaio randomizado de 2026 utilizando cestas médicas personalizadas entregues em domicílio, fornecidas juntamente com telessaúde e recursos nutricionais, resultou em reduções na HbA1c e aumentos na segurança alimentar. Programas de MTG como esse são modelos particularmente bons para incorporar componentes socioeconômicos e culturais, já que, a cada semana, esse ensaio oferecia aos participantes a opção de escolher entre 5 opções culturais diferentes para suas cestas, incluindo inspiração mexicana, inspiração centro e sul-americana, culinária americana clássica, favoritos sazonais do sul da Califórnia e inspiração asiática, cada uma acompanhada de receitas correspondentes. Além disso, as cestas eram escaladas conforme o tamanho do domicílio e eram escolhidas para incorporação se fossem consideradas alimentos minimamente processados ricos em gorduras insaturadas, fibras, fenólicos e grãos integrais, e não foram desenhadas para atender a nenhuma meta específica de micro ou macronutriente (NAU et al., 2026).

As refeições médicas personalizadas (*Medically Tailored Meals* — MTMs) são a implementação de FIM mais intensiva, já que entregam refeições totalmente preparadas, adaptadas às necessidades individuais, em vez de fornecer poder de compra ou alimentos brutos. As MTMs requerem o envolvimento de nutricionistas dietistas registrados, e os planos de refeição podem, portanto, ser ajustados de forma muito específica para se alinharem a diagnósticos e preferências culturais, entre outras considerações. Como são preparadas com antecedência e frequentemente transportadas diretamente ao participante, essa abordagem é particularmente impactante para indivíduos com deficiência ou que, de outra forma, enfrentam barreiras para fazer compras e cozinhar.

As evidências que sustentam os benefícios das MTMs já superaram programas comunitários de menor porte e assumiram um papel dentro de um sistema de saúde maior em Massachusetts, onde refeições médicas personalizadas foram incorporadas junto aos benefícios do Medicaid em 11 organizações de cuidados responsáveis. Constatou-se que a participação em MTMs esteve associada a 31% menos hospitalizações, 20% menos visitas a pronto-socorro e uma redução estimada de 3.433 dólares nos custos de saúde (HAGER et al., 2026). Esse programa também considerou a complexidade do ambiente socioeconômico dos indivíduos, oferecendo acesso a nutricionistas bilíngues e serviços de tradução telefônica ao longo do programa. Outro ponto forte significativo desse programa foi que, financeiramente, 98% dos

custos do programa foram compensados por reduções nos gastos com saúde, e para aqueles com doença cardiovascular, doença renal crônica, diabetes, depressão ou comorbidades, obtiveram-se economias líquidas (HAGER et al., 2026). Esses resultados encorajadores, em escala maior do que implementações anteriores, servem como um exemplo promissor para futuras iniciativas de FIM em nível de sistema, em escala ainda maior.

O ponto forte dessas intervenções de FIM reside na forma como elas abordam fundamentalmente as disparidades socioeconômicas para aliviar os fardos de saúde, fazendo-o de maneira culturalmente informada e adaptada. As três abordagens em conjunto também permitem uma implementação de política mais robusta, possibilitando diferentes adaptações conforme as especificidades da população e as capacidades de financiamento e de nutricionistas da organização de cuidados. Isso demonstra o potencial das intervenções de FIM em larga escala; pode haver um objetivo populacional amplo de melhorar a qualidade da dieta para doenças crônicas, mas a flexibilidade em linhas culturais ou linguísticas pode ser viabilizada por meio do fornecimento de diferentes pacotes alimentares ou materiais educativos.

**A introdução do Food is Medicine nos sistemas de saúde**

Até o momento, as intervenções de *Food is Medicine* foram implementadas de forma predominantemente localizada, frequentemente lideradas por organizações comunitárias ou sem fins lucrativos independentes. A extensão em que essa abordagem para o manejo de doenças crônicas é escalável para populações e sistemas de saúde maiores só começou a se tornar evidente com a demonstração do Medicaid de Massachusetts e com a implementação de FIM no Condado de Los Angeles, ambos aplicando o conceito dentro de um sistema de saúde maior e incorporando a infraestrutura do sistema alimentar local.

O caso de Massachusetts mencionado é particularmente promissor porque incorporou as MTMs ao Medicaid de Massachusetts (*MassHealth*) em 11 organizações de cuidados, por meio de seu Programa de Serviços Flexíveis, e, ao fazê-lo, forneceu um caminho para que indivíduos com risco desproporcional de doenças crônicas tivessem suas necessidades nutricionais avaliadas, identificadas e abordadas dentro do atendimento de saúde de rotina. As MTMs foram fornecidas pela Community Servings, uma organização sem fins lucrativos, e as refeições foram adaptadas por nutricionistas conforme diagnósticos, comorbidades e preferências. Reconhecendo a interconexão entre as necessidades médicas e sociais de seus beneficiários, esse programa direcionou-se a indivíduos com risco socioeconômico demonstrado e necessidade de saúde. As reduções resultantes em hospitalizações, visitas a pronto-socorro e gastos totais com saúde nessa escala comprovam que não apenas os benefícios individuais de saúde são convincentes, mas que o FIM pode ser uma implementação geradora de economia. Em meio ao crescente custo dos sistemas de saúde em todo o mundo, qualquer redução de custos é significativa, e essas economias só se acumulariam ao longo do tempo, à medida que implementações mais longas pudessem resultar em uma prevalência muito menor de doenças crônicas. Ao pegar indivíduos com necessidade socioeconômica, que de outra forma poderiam se qualificar para outros programas como o SNAP, e intensificar ainda mais a assistência social e o cuidado com base em um risco de saúde demonstrado, essa implementação funcionou em conjunto com políticas existentes, estruturas de seguro público e marcos de saúde, para direcionar-se àqueles que mais se beneficiariam, sendo um modelo que demonstra imenso potencial de replicação em outros lugares.

Uma implementação escalável de FIM não deve existir independentemente do sistema alimentar, e o modelo do Condado de Los Angeles reconhece isso e demonstra ainda mais como esses esforços podem fortalecer as cadeias de suprimento locais. O Departamento de Saúde Pública do Condado de Los Angeles reuniu 74 parceiros multissetoriais, incluindo provedores clínicos, organizações comunitárias, fazendas e centros de alimentos locais, para alinhar as iniciativas de FIM às nuances do sistema alimentar e da infraestrutura locais.

Embora a maior parte das evidências sobre FIM até o momento tenha se concentrado nos Estados Unidos, muitos países começaram a reconhecer os benefícios sociais, econômicos e de saúde das implementações de FIM, que emergiram como um tema no cenário global. Lançada em julho de 2026, a Food is Medicine Global Alliance é uma plataforma que visa facilitar a incorporação do FIM em escala internacional, conectando organizações de setores como saúde, pesquisa, agricultura e política. A promessa dessa colaboração vem da extensão em que o compartilhamento de informações e a troca de marcos, estratégias e abordagens às especificidades culturais, para além das evidências produzidas nos Estados Unidos, poderiam permitir que países modelassem rapidamente um programa adequado a seu contexto social e econômico.

O FIM deve ser compreendido como um referencial adaptável aos sistemas nacionais existentes, junto com os serviços de saúde e proteção social, e capaz de ser ainda mais especificado em escala comunitária, por meio da seleção e implementação cuidadosas de prescrições de produtos frescos, MTGs ou MTMs, com base na magnitude da necessidade clínica e socioeconômica. Países com saúde universal, como o Brasil, poderiam incorporar o FIM à atenção primária e ao seguro de saúde, enquanto aqueles com programas de proteção social, como sistemas de transferência de renda, poderiam expandir esses programas existentes com prescrições de produtos frescos, sem necessitar de uma iniciativa de FIM separada. Países sem essas características, ou com recursos de saúde limitados, deveriam priorizar populações com maior risco e maior retorno econômico final, devido à redução dos custos de saúde e das taxas de mortalidade. Todos os programas deveriam operar sob padrões de qualidade nutricional e critérios duplos de elegibilidade socioeconômica e clínica, embora os alimentos devam variar conforme o contexto cultural. Ao vincular políticas e organizações nas infraestruturas social, agrícola e de saúde, as implementações de FIM capitalizam o potencial de interseccionalidade e de cuidado preventivo e direcionado para reduzir o fardo individual e social das doenças crônicas.

**Precauções: Food is Medicine e Captura Corporativa**

A agenda de *Food is Medicine* pode contribuir para a prevenção e o controle de doenças relacionadas à dieta, particularmente quando integra alimentos apropriados ao cuidado clínico e aborda a insegurança alimentar. No entanto, ela também pode ser capturada pelo nutricionismo e pelas estratégias de marketing das indústrias de alimentos ultraprocessados, transformando uma política de saúde e de direitos alimentares em um mercado de produtos “funcionais”, suplementos e refeições industrializadas com alegações terapêuticas. O risco central é que os alimentos sejam tratados como veículos de nutrientes ou como “produtos medicinais” ou “alimentos milagrosos”, enquanto os determinantes sociais da alimentação, o grau de processamento, os ambientes alimentares e as relações de poder que estruturam o sistema alimentar ficam obscurecidos (GLENN; HU, 2025).

Essa captura não depende necessariamente de uma apropriação explícita do programa por uma empresa. Ela pode ocorrer por meio da redefinição gradual de seus objetivos, critérios técnicos e instrumentos de implementação. A agenda então passa a priorizar produtos que podem ser patenteados, registrados, embalados, distribuídos e reembolsados, em detrimento de políticas de renda, compras públicas, cozinhas comunitárias, alimentos não processados e sistemas alimentares locais.

Nesse contexto, o nutricionismo pode surgir como uma distorção particular das recomendações dietéticas. O nutricionismo é uma forma reducionista de interpretar a relação entre alimentação e saúde. Ele desloca a atenção dos alimentos, refeições e padrões dietéticos para nutrientes isolados (proteínas, fibras, vitaminas, minerais, ômega-3, probióticos ou carboidratos), considerados fora do contexto em que são consumidos. Essa abordagem pode ser útil em situações clínicas específicas, mas se torna problemática quando se trata de organizar toda a política alimentar (SCRINIS et al., 2025).

No âmbito do *Food is Medicine*, o nutricionismo pode produzir quatro principais deslocamentos:

- Do alimento para o componente: um produto é valorizado por conter fibra, proteína ou micronutrientes, mesmo que seja formulado com ingredientes refinados, aditivos e alta densidade energética.
- Da qualidade geral para a composição declarada: a presença de um nutriente positivo passa a compensar discursivamente o excesso de sódio, açúcares livres, gorduras saturadas ou ultraprocessados.
- Do comer para o produto: refeições culturalmente apropriadas, preparadas com alimentos minimamente processados, são substituídas por barras, bebidas, pós, shakes e refeições prontas para consumo.
- Da saúde coletiva para a escolha individual: problemas produzidos por pobreza, desigualdade, publicidade e ambientes alimentares são apresentados como falhas comportamentais ou não adesão do paciente.

A indústria de alimentos ultraprocessados se beneficia desse enquadramento porque pode reformular ou promover produtos sem necessariamente modificar a lógica econômica que os torna atraentes: longa vida de prateleira, custo relativo baixo, alta palatabilidade, conveniência, forte presença de marca e consumo recorrente. A redução marginal de um nutriente ou a adição de outro pode conferir legitimidade sanitária a produtos cuja qualidade alimentar geral permanece limitada.

A expressão “falsa nutrição funcional” pode ser usada, nesse contexto, para designar o uso de atributos nutricionais ou fisiológicos plausíveis, mas seletivos, exagerados ou descontextualizados, para conferir uma aparência terapêutica a produtos ultraprocessados. Isso não significa negar que alguns alimentos ou componentes possam ter funções fisiológicas relevantes. O problema reside em transformar uma propriedade parcial em uma promessa abrangente de saúde.

Esse mecanismo opera por meio de auras de saúde. Um produto pode ser apresentado como “rico em proteína”, “fonte de fibra”, “com probióticos”, “fortificado com vitaminas”, “bom para a imunidade” ou “aliado da saúde intestinal”, enquanto permanece um produto ultraprocessado de baixa qualidade geral. Alegações de nutrientes e ingredientes podem induzir

o consumidor a inferir benefícios que não foram demonstrados para o produto completo, na quantidade consumida e no contexto da dieta real (REZENDE et al., 2026).

A estratégia é particularmente potente quando se apropria de campos científicos em expansão, como o microbioma, a imunidade, o envelhecimento saudável, a personalização alimentar e a nutrição de precisão. A indústria pode converter hipóteses promissoras em diferenciais comerciais antes que existam evidências clínicas robustas, independentes e de longo prazo. Assim, o vocabulário da inovação científica passa a funcionar como um instrumento de valorização de mercado.

O risco aumenta quando a classificação de um produto como "funcional" se baseia na presença de um ingrediente, em vez da avaliação do alimento como um todo. Um cereal matinal fortificado, uma bebida proteica ou um iogurte adoçado com alegações de saúde intestinal podem ser incorporados a programas de prescrição alimentar não por oferecerem a melhor relação entre qualidade, custo, cultura e sustentabilidade, mas por possuírem embalagem, padronização, marca e documentação comercial facilmente integráveis a sistemas de compra e reembolso.

A captura da agenda pode ocorrer em diferentes níveis, desde a produção de conhecimento até a implementação de programas:

**a) Produção de evidências.** As empresas podem financiar estudos, seminários, programas de educação nutricional, centros de pesquisa e grupos de especialistas. Podem também influenciar quais perguntas são investigadas e quais não são financiadas. A literatura descreve esse processo como uma forma de atividade científica corporativa, capaz de orientar a produção, a interpretação e a circulação do conhecimento nutricional.

O problema não se limita à falsificação de resultados. A influência pode ocorrer por meio da escolha de desfechos favoráveis, da comparação entre produtos comerciais em vez de alimentos não processados, de períodos curtos de acompanhamento, do uso de marcadores intermediários e da publicação seletiva de resultados. Estudos que demonstram a presença de um nutriente podem ser usados para promover um produto, mesmo quando não demonstram redução de doenças, melhoria dietética sustentada ou benefício populacional.

**b) Formação profissional.** A indústria pode ocupar espaços de educação continuada para profissionais de saúde e fornecer materiais sobre "nutrição funcional", "nutrição personalizada" ou "soluções de saúde". Quando esses conteúdos são apresentados sem transparência sobre financiamento e conflitos de interesse, a publicidade assume a aparência de treinamento técnico.

Esse processo tende a aumentar a dependência dos profissionais em relação a tabelas, protocolos e marcas comerciais. O prescritor deixa de recomendar padrões dietéticos e passa a indicar categorias de produtos, suplementos ou linhas específicas. A consulta clínica torna-se, assim, uma oportunidade para distribuir recomendações de consumo.

**c) Governança e parcerias.** A captura também ocorre por meio de associações setoriais, organizações de fachada, iniciativas multipartes interessadas e parcerias público-privadas. Um estudo que mapeou a rede global de influência da indústria de alimentos

ultraprocessados identificou 268 grupos de interesse associados ao setor, incluindo entidades relacionadas à sustentabilidade, publicidade, comércio, pesquisa, comunicação científica e iniciativas multipartes interessadas. Essa arquitetura permite que as empresas apareçam não apenas como agentes econômicos regulados, mas como parceiras na solução de problemas que elas próprias ajudam a produzir.

Essa dinâmica é particularmente relevante para o *Food is Medicine*. As empresas podem oferecer refeições, plataformas digitais, suplementos, produtos fortificados ou sistemas de monitoramento a hospitais e seguradoras. A parceria é então apresentada como inovação, eficiência ou acesso ampliado, mas pode criar dependência institucional, mercados cativos e critérios de compra favoráveis às corporações.

**d) Reembolso e compras públicas.** Quando os programas de *Food is Medicine* são incorporados a sistemas de saúde, planos privados ou mecanismos de reembolso, surge uma nova fonte de demanda garantida. Se os critérios de elegibilidade se baseiam em nutrientes isolados, alegações funcionais ou conveniência logística, alimentos ultraprocessados reformulados podem competir por recursos públicos com alimentos frescos e preparações culinárias.

Esse risco é maior quando os programas priorizam o retorno financeiro rápido em detrimento de resultados de longo prazo. Intervenções de curto prazo, direcionadas a grupos de pacientes com doenças complexas, podem mostrar uma redução imediata nas hospitalizações, mas não necessariamente modificam os determinantes da insegurança alimentar ou os ambientes que produzem dietas de baixa qualidade. A consequência é a substituição de políticas universais por soluções focalizadas, temporárias e dependentes de fornecedores.

A captura corporativa produziria consequências que vão além da publicidade enganosa. A primeira seria a medicalização da alimentação. Em vez de reconhecer a alimentação como uma dimensão cotidiana, cultural e coletiva da vida, o programa poderia tratá-la como uma intervenção clínica padronizada, voltada a corrigir biomarcadores individuais. Isso reforça uma relação instrumental com a alimentação e reduz a autonomia cultural dos sujeitos.

A segunda seria a despolitização da insegurança alimentar. A falta de acesso a alimentação adequada poderia ser respondida com kits, suplementos ou produtos fortificados, enquanto o desemprego, os baixos salários, os preços dos alimentos, a desigualdade territorial, o racismo estrutural e a precarização dos serviços públicos permanecem intactos. A perspectiva do direito humano à alimentação oferece uma alternativa precisamente porque desloca o foco da caridade e do consumo individual para as condições sociais que possibilitam a alimentação adequada (BARNIDGE et al., 2020).

A terceira seria a diluição da regulação dos alimentos ultraprocessados. Se produtos reformulados forem apresentados como instrumentos terapêuticos, a política de Alimento como Remédio poderia neutralizar medidas mais abrangentes, como restrições à publicidade infantil, rotulagem frontal, compras públicas saudáveis, tributação de bebidas açucaradas e limites obrigatórios para sódio, açúcares e gorduras.

A quarta seria a reprodução de desigualdades. Programas baseados em produtos de marca podem oferecer soluções diferentes conforme a capacidade de pagamento, a cobertura de seguro ou o território. Além disso, comunidades pobres podem ser transformadas em

mercados de expansão para produtos “nutricionalmente melhorados”, sem participação efetiva na definição de alimentos, critérios e formas de cuidado.

Para evitar a captura, o *Food is Medicine* deve ser formulado como uma política de saúde, de alimentação e de proteção social, e não como um canal para a comercialização de produtos funcionais. Algumas salvaguardas são essenciais:

- Definir o objeto da intervenção: priorizar alimentos não processados ou minimamente processados, refeições culinárias adequadas e padrões dietéticos, em vez de nutrientes isolados ou produtos com alegações de saúde.
- Regular o processamento: estabelecer critérios explícitos sobre o grau de processamento, a presença de aditivos, a densidade energética, os teores de sódio, açúcar e gordura, e a substituição de alimentos não processados por produtos industriais.
- Adotar critérios de exclusão: impedir que produtos com rótulos frontais de advertência ou perfis nutricionais inadequados sejam automaticamente elegíveis simplesmente por serem fortificados ou ricos em um nutriente específico.
- Proteger a independência científica: exigir a declaração pública de conflitos de interesse, excluir estudos financiados pela indústria de posições normativas decisivas ou submetê-los a análise independente, e impedir que as empresas definam protocolos clínicos e critérios de compra.
- Evitar a dependência comercial: diversificar fornecedores, promover compras públicas de agricultores familiares e sistemas alimentares territoriais, e evitar contratos de exclusividade com empresas alimentícias ou plataformas digitais.
- Avaliar desfechos amplos: medir não apenas peso, glicemia ou hospitalizações, mas também a qualidade geral da dieta, o consumo de alimentos ultraprocessados, a segurança alimentar, os custos para as famílias, a autonomia, a sustentabilidade e a satisfação do usuário.
- Assegurar a participação social: incluir pacientes, comunidades, trabalhadores da saúde, agricultores, cozinheiros, organizações de defesa do consumidor e especialistas independentes na governança do programa.
- Integrar a política aos direitos sociais: articular o Alimento como Remédio com renda, alimentação escolar, proteção social, abastecimento, regulação da publicidade e acesso universal à alimentação adequada.

**Atualização sobre o Impacto da Reforma da ONU na FAO, na OMS, no UNICEF, no WFP e no FIDA: a Experiência do Financiamento Catalítico Interagencial para a Nutrição**

A fragmentação crônica da arquitetura global de saúde e desenvolvimento historicamente tem impedido a entrega de ações nutricionais multissetoriais em escala, e a reforma em curso da ONU traz desafios significativos para as organizações das Nações Unidas que trabalham com nutrição. Em resposta, a Nutrição ONU, o mecanismo interagencial unificado composto pela FAO, pelo FIDA, pelo UNICEF, pelo WFP e pela OMS, operacionalizou o financiamento catalítico interagencial como uma alavanca para desmantelar silos institucionais. Em vez de substituir gastos programáticos de grande escala, o financiamento catalítico funciona como capital semente direcionado. Ele absorve sistematicamente os custos iniciais de transação da coordenação entre agências, reduz o risco da programação multipartes interessadas e alinha mandatos operacionais díspares por trás de planos nacionais unificados e multissetoriais de nutrição.

Esse instrumento de financiamento traduz diretamente os princípios estruturais do reposicionamento do Sistema de Desenvolvimento da ONU (UNDS) em operações no nível dos países. O fluxo estrutural começa com o sistema revitalizado de Coordenadores Residentes (RC) das Nações Unidas e as Equipes de País da ONU (UNCTs), que estabelecem o mandato institucional geral e a coerência em todo o sistema por meio de Análises Comuns de País (CCAs) e do Marco de Cooperação das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável (UNSDCF). Ao condicionar as alocações de financiamento catalítico ao alinhamento multiagência e à integração formal ao UNSDCF, o mecanismo operacionaliza o mandato "Entregando como Um", substituindo modelos fragmentados de entrega vertical por programação conjunta e orientada à responsabilização.

No núcleo operacional do mecanismo da Nutrição ONU, os recursos semente agrupados são canalizados para dois pilares de alto impacto a montante: plataformas analíticas conjuntas, incluindo as avaliações *Fill the Nutrient Gap* (FNG) e Custo da Dieta (CotD), que criam uma base de evidências única e compartilhada sobre lacunas nutricionais e barreiras de acessibilidade econômica; e o desenvolvimento coordenado de estratégias nutricionais conjuntas, métricas unificadas de vigilância e marcos integrados de custeio de planos multissetoriais. Ao estabelecer consenso técnico antes da implementação, o mecanismo reduz o risco da convergência intersetorial em três trilhas distintas de entrega: saúde e cuidado, ampliando a prevenção e o tratamento terapêutico de emaciação e déficit estatural materno-infantil, intervenções de micronutrientes e protocolos de pré-natal; sistemas agroalimentares, fomentando cadeias de suprimento ricas em nutrientes, padrões de qualidade pós-colheita, biofortificação e produção alimentar local resiliente; e proteção social, aprimorando transferências de renda sensíveis à nutrição, redes de proteção e ecossistemas de alimentação escolar local.

O balanço empírico em diversos contextos de países demonstra como esse alinhamento estrutural desbloqueia a escala operacional a jusante. Em Moçambique, recursos catalíticos permitiram que o UNICEF, a FAO, o WFP, a OMS e o UNFPA, atuando sob o Escritório do Coordenador Residente, estabelecessem a Estratégia Conjunta de Nutrição da ONU para 2026-2030. Essa intervenção institucionalizou a governança interagencial para o Sistema Subnacional de Informação sobre Segurança Alimentar e Nutrição, construindo a infraestrutura de dados necessária para desbloquear financiamento multilateral a jusante. No Camboja, o financiamento semente plurianual unificou a liderança intersetorial de sistemas alimentares, alinhando a FAO, o UNICEF e o WFP por trás da Segunda Estratégia Nacional para Segurança Alimentar e Nutrição (NSFSN). A linha de base analítica unificada facilitou a assistência técnica coordenada em programas de alimentação escolar e redes de saúde materna, sem sobreposição desnecessária de custos administrativos entre agências. Na África Ocidental e Central, particularmente em contextos do Sahel, pequenos investimentos catalíticos em vigilância conjunta de emaciação e diagnósticos de segurança alimentar equiparam as UNCTs para formular marcos unificados de transição de emergência para resiliência, garantindo investimentos complementares de instituições financeiras internacionais.

O parâmetro definitivo do financiamento catalítico reside em sua taxa de alavancagem e sustentabilidade fiscal. Construído com estratégias claras de saída, o mecanismo utiliza a coerência de políticas de todo o sistema da ONU para catalisar a mobilização de recursos domésticos (DRM), empréstimos concessionais de Bancos Multilaterais de Desenvolvimento (MDBs) e financiamento híbrido de clima e nutrição. Ao converter alocações iniciais de recursos semente em sistemas nacionais institucionalizados, o financiamento catalítico interagencial

conecta os mandatos globais de reforma da ONU a um financiamento sustentável, de propriedade governamental, para alcançar a meta 2.2 dos ODS e as metas nutricionais da Assembleia Mundial da Saúde.

**Conclusão**

O crescente ônus das doenças crônicas não pode ser adequadamente abordado por meio de cuidados clínicos ou intervenções focadas principalmente no comportamento individual. A prevenção requer ação coordenada sobre as condições sociais, econômicas e comerciais que moldam o acesso a alimentos adequados e a exposição a riscos à saúde. Os guias alimentares, as políticas de alimentação escolar, os programas de apoio à renda e as intervenções de Alimento é Medicina oferecem maneiras complementares de integrar os objetivos de saúde aos sistemas alimentares, à saúde e à proteção social.

O Alimento é Medicina tem potencial real quando reconhece a alimentação adequada como parte do cuidado e dos direitos à alimentação e à saúde. Seu propósito, no entanto, pode ser distorcido se a indústria de alimentos ultraprocessados usar a linguagem da medicina, funcionalidade e inovação para legitimar produtos comerciais. O critério decisivo não deve ser se um produto contém um nutriente benéfico, mas se ele contribui para uma dieta adequada, culturalmente aceitável, acessível e sustentável, baseada predominantemente em alimentos não processados ou minimamente processados.

Isso exige uma mudança de nutrientes para alimentos, de produtos para padrões alimentares e de comportamento individual para condições sociais. Caso contrário, a agenda corre o risco de tratar os sintomas individuais enquanto preserva as estruturas comerciais que contribuem para dietas inadequadas. A implementação eficaz, portanto, depende de ação coordenada e sustentada entre saúde, agricultura, educação e proteção social, apoiada por financiamento adequado, evidências independentes, governança transparente, participação social e salvaguardas contra a captura corporativa.

**Referências**


Baker, Phillip, Priscila Machado, Thiago Santos, Katherine Sievert, Kathryn Backholer, Michalis Hadjikakou, Cherie Russell, et al. 2020. “Ultra-Processed Foods and the Nutrition Transition: Global, Regional and National Trends, Food Systems Transformations and Political Economy Drivers.” Obesity Reviews 21 (12): e13126. https://doi.org/10.1111/OBR.13126.

Barnidge, Ellen K, Sandra H Stenmark, Marydale DeBor, and Hilary K Seligman. 2020. “The Right to Food: Building Upon ‘Food Is Medicine.’” American Journal of Preventive Medicine 59 (4): 611–14. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.04.011.

BERKOWITZ, S. A. et al. Supplemental Nutrition Assistance Program Participation and Health Care Use in Older Adults. Annals of Internal Medicine, v. 174, n. 12, 19 Oct. 2021.

CAVALCANTI, D. M. et al. Health effects of the Brazilian Conditional Cash Transfer programme over 20 years and projections to 2030: a retrospective analysis and modelling study. The Lancet Public Health, v. 10, n. 7, 1 May 2025.

CIDACS; Fiocruz Bahia. Effects of the Bolsa Família Program on the Health of the Brazilian Population. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://cidacs.bahia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2026/06/PBF_02JUN26_eng.pdf>.

Congress. H.R.1 — 119th Congress (2025-2026): Reserved for the Speaker. Disponível em: <https://www.congress.gov/bill/119th-congress/house-bill/1>. Acesso em: 31 aug.. 2026.

Food is Medicine Global Alliance. Disponível em: <https://www.fimglobalalliance.org>.

FOR, S. Make America Healthy Again (MAHA). Disponível em: <https://www.hhs.gov/maha/index.html>. Acesso em: 31 aug.. 2026.

FRISVOLD, D.; LOZANO ROJAS, F. Short-Run Impacts of SNAP Restriction Waivers on Beverage Purchases. National Bureau of Economic Research, Aug. 2026.

Glenn, Andrea J., and Frank B. Hu. 2025. "Perspective: Food Is Medicine: Hype or Hope?" The Journal of Nutrition 155 (11): 3654–62. https://doi.org/10.1016/J.TJNUT.2025.08.025.

Global Child Nutrition Foundation. 2024. "School Meal Programs Around the World — Results from the 2024 Global Survey of School Meal Programs." https://gcnf.org/wp-content/uploads/2025/02/GCNF-Global-Survey-Report-2024-V1.8.pdf.

H.R. 1 PROVISION: INCREASES IN ADMINISTRATIVE COSTS (SEC. 10106) — FOOD RESEARCH & ACTION CENTER. Disponível em: <https://frac.org/hr-1/increases-administrative-costs>. Acesso em: 31 aug.. 2026.

HAGER, K. et al. Medically tailored meals receipt and healthcare utilization and costs in Massachusetts' Medicaid demonstration. Nature Medicine, 2 June 2026.

HEFLIN, C. M.; INGRAM, S. J.; ZILIAK, J. P. The Effect Of The Supplemental Nutrition Assistance Program On Mortality. Health Affairs, v. 38, n. 11, p. 1807–1815, 1 Nov. 2019.

HINCKLEY, J. Understanding the Evidence: SNAP and Health. Disponível em: <https://ldi.upenn.edu/our-work/research-updates/understanding-the-evidence-snap-and-health/>.

JONES, J. USDA ERS — Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP). Disponível em: <https://www.ers.usda.gov/topics/food-nutrition-assistance/supplemental-nutrition-assistance-program-snap>.

KHATANA, S. A. M. et al. Changes in Supplemental Nutrition Assistance Program Policies and Diabetes Prevalence: Analysis of Behavioral Risk Factor Surveillance System Data From 2004 to 2014. Diabetes Care, v. 44, n. 12, p. 2699–2707, 4 Oct. 2021.

Lara-Arevalo, Jonathan, Shu Wen Ng, Melissa L. Jensen, Isabel Barbosa, Valentina Castagnari, Fernanda Mediano Stoltze, Elizabeth Orlan, Nadia Flexner, and Lindsey Smith Taillie. 2026. "Integrating Policies That Enable Minimally Processed Foods with Policies That Restrict Ultra-Processed Foods for Obesity and Noncommunicable Disease Prevention." Current Obesity Reports 15 (1). https://doi.org/10.1007/s13679-026-00724-5.

Ministério da Saúde. 2014. Dietary Guidelines for the Brazilian Population. Brasília, Brasil: Ministry of Health of Brazil. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf.

Monteiro, Carlos A, Maria L C Louzada, Euridice Steele-martinez, Geoffrey Cannon, Giovanna C Andrade, Phillip Baker, and Maira Bes-rastrollo. 2025. "Series Ultra-Processed Foods and Human Health 1 Ultra-Processed Foods and Human Health : The Main Thesis and the Evidence." The Lancet 6736 (25): 1–18. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01565-X.

NAU, C. et al. Effects of a "Food Is Medicine" Intervention on Glucose Control Among Medicaid-Insured Patients With Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. Circulation, v. 154, n. 7, p. 624–635, 18 Aug. 2026. <https://frac.org/hr-1/increases-administrative-costs>. Acesso em: 31 aug.. 2026.

RAE, M. The implications of federal SNAP spending cuts on individuals with Medicaid, Medicare and other health coverage | KFF. Disponível em: <https://www.kff.org/medicaid/the-implications-of-federal-snap-spending-cuts-on-individuals-with-medicaid-and-other-health-coverage/>. Acesso em: 31 aug.. 2026.

Rezende, Leandro F M, Euridice Martinez-Steele, Maria Laura da Costa Louzada, Renata Bertazzi Levy, and Carlos Augusto Monteiro. 2026. "Misleading Narrative of 'Healthy' Ultraprocessed Foods." BMJ (Online)

392: e087538. https://doi.org/10.1136/bmj-2025-087538.

Scrinis, Gyorgy, Barry M Popkin, Camila Corvalan, Ana Clara Duran, Marion Nestle, Mark Lawrence, Phillip Baker, and Carlos A Monteiro. 2025. “Series Ultra-Processed Foods and Human Health 2 Policies to Halt and Reverse the Rise in Ultra-Processed Food Production , Marketing , and Consumption.” The Lancet 6736 (25): 1–18. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01566-1.

SNAP PARTICIPATION, JANUARY 2025 TO PRESENT — FOOD RESEARCH & ACTION CENTER. Disponível em: <https://frac.org/snap-participation-data-january-2025-present>. Acesso em: 31 aug.. 2026.

STAMP, F. The Shared Humanity Project. Disponível em: <https://sharedhumanityproject.org/1979-1964/1964>. Acesso em: 31 aug.. 2026.

TAILLIE, Lindsey Smith. Big food is winning the war for america’s diet. The New York Times, 24 ago. 2026. Disponível em: New York Times article. Acesso em: 31 ago. 2026.

The White House. MAHA. Disponível em: <https://www.whitehouse.gov/maha/>. Acesso em: 31 aug.. 2026.

UNICEF. 2021. “Review of National Food-Based Dietary Guidelines and Associated Guidance for Infants, Children, Adolescents, and Pregnant and Lactating Women.” https://www.unicef.org/documents/food-based-dietary-guidelines.

What the New Dietary Guidelines Mean for You – And Your SNAP Benefits. Disponível em: <https://scthrive.org/dietary-guidelines-and-snap-explained/>.