



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Almeida Figueiredo, Ana Virgínia; Recine, Elisabetta; Monteiro, Renata
Regulação dos riscos dos alimentos: as tensões da Vigilância Sanitária no Brasil
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 7, julio, 2017, pp. 2353-2366
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63051952028>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Regulação dos riscos dos alimentos: as tensões da Vigilância Sanitária no Brasil

Food risk regulation: the tensions of the Brazilian Health Surveillance System

Ana Virgínia Almeida Figueiredo ¹

Elisabetta Recine ²

Renata Monteiro ²

Abstract This article addresses the dynamics of Brazilian food control practices, highlighting their special risk-related features and the types of intervention, as well as the recently adopted instruments to control risks related to the nutritional composition of food and their institutional repercussions. Food regulation in Brazil dates back to the First Republic. The practice has been remodeled over the years, due to both the increasing complexity of the risks and the introduction of new institutional operational mechanisms. In recent years, with the adoption of instruments such as agreements and terms of commitments established between government and industry and designed to control risks, it has become possible to identify widening gaps in regulatory competence. The adoption of mechanisms without the participation of consumers, with elastic deadlines for compliance by industries and insusceptible to inspection, represents a setback in the democratic process and the practice of health regulation of food currently under way in Brazil.

Key words Food control, Food regulation, Food risks

Resumo Este artigo aborda a dinâmica das práticas da vigilância sanitária de alimentos no Brasil, destacando as suas particularidades quanto aos riscos e modalidades de intervenção, assim como ressaltando os recentes instrumentos adotados para o controle dos riscos relativos à composição nutricional dos alimentos e suas repercussões no âmbito institucional. Instituída no Brasil desde a Primeira República, essa prática vem se remoldando ao longo dos anos, tanto pela complexidade crescente dos riscos, quanto pela introdução de novos instrumentos institucionais. Nos últimos anos, evidencia-se um esvaziamento da competência regulatória quando da adoção dos instrumentos, acordos e termos de compromisso, firmados entre o governo e as indústrias para lidar com os riscos de ordem nutricional dos produtos alimentícios. Instrumentos construídos sem a participação dos consumidores, com elasticidade de prazos para cumprimento pelas indústrias e ineptos para a fiscalização, denotando retrocessos na construção democrática e na prática da regulação sanitária de alimentos no Brasil.

Palavras-chave Controle de alimentos, Regulação de alimentos, Riscos dos alimentos

¹ Diretoria de Vigilância Sanitária, Secretaria de Saúde do Distrito Federal. SGAN Quadra 601 Blocos O/P, Asa Norte. 70830-010 Brasília DF Brasil. anavirginia.figueiredo@gmail.com

² Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

Introdução

No âmbito da vigilância sanitária, regulação é um processo de gestão de riscos das potenciais deficiências ou adversidades, que resultam do consumo ou uso de produtos de interesse à saúde, adotado pelas instituições do Estado^{1,2}.

A regulação sanitária se realiza mediante a conjugação do conhecimento técnico multidisciplinar e do contexto político, implicando conciliação de interesses diversos e, por vezes, contraditórios, com a expectativa de que o benefício à saúde coletiva seja o resultado principal. A regulação extrapola o mero ato fiscalizatório de caráter privativo do Estado, e o seu processo de formulação técnica e política tem como finalidade precípua a de ser, fundamentalmente, um dos veículos das políticas públicas dirigidas à prevenção de riscos e à promoção da saúde.

A prática regulatória de alimentos no Brasil foi instituída ainda na Primeira República (1889-1930)³ pela instituição do Decreto nº 68 de 1889 disciplinando a polícia sanitária, com a subsequente definição do seu conjunto de atribuições, inclusive fiscalização da alimentação pública, consumo e fabrico de bebidas⁴. O alicerce dessa regulação permanece praticamente intacto, estando assentado sobre três pilares: regulamentação, fiscalização e controle. A complexidade dos riscos gerados com o desenvolvimento das atividades produtivas vem demandando o incremento e a diversificação dos instrumentos legais e técnico-operacionais. Estes, considerados como medidas de prevenção e controle, são os suportes para o poder público competente reger a conduta das empresas quanto à produção, distribuição de alimentos e prestação de serviços de alimentação, com o fim de proteger a saúde da população.

A regulação sanitária de alimentos tem se moldado pelas influências da dinâmica social que, de maneira contrária, aflora tanto benefícios e inovações tecnológicas, quanto agravos e riscos à saúde da população. Os riscos à saúde que emergem geram necessidades de aperfeiçoamento contínuo do aparato oficial, comportando-se como o motor do processo regulatório na área de vigilância sanitária de alimentos. Antes, a maior preocupação era de disciplinar o controle da qualidade sanitária do produto alimentício, concentrado nos aspectos biológicos, físicos e químicos. Na sequência, englobou a gestão do risco do processo de produção. Recentemente, essa tem se ampliado e incorporado os aspectos da composição nutricional dos produtos alimentícios, entre outras mudanças, que refletem a modernização

e a globalização das atividades econômicas de alimentos. Tais fenômenos podem ser traduzidos pelo uso crescente de insumos diversificados – um elenco extenso de aditivos, emprego de tecnologias sofisticadas e colocação frequente de novos produtos no mercado, muitos deles de baixo custo, de composição nutricional inferior, mas de alta rentabilidade.

Este artigo aborda a trajetória das práticas da vigilância sanitária de alimentos no Brasil, nos diferentes contextos sociais, enfatizando a adoção de estratégias mais recentes, como a de parceria público privada no campo da saúde pública, destinadas a controlar os riscos dos produtos alimentícios, decorrentes da sua formulação quanto aos componentes nutricionais.

Instrumentos de regulação sanitária dos alimentos: da ditadura à democracia

O Decreto-Lei nº 986/1969⁵, que rege a prática da vigilância sanitária de alimentos no Brasil, institui normas gerais sobre alimentos e delega a responsabilidade do controle ao Ministério da Saúde (MS) e aos órgãos congêneres estaduais.

À época de sua publicação, partilhavam do mesmo cenário social eventos antagônicos. De um lado, a euforia pelo florescimento econômico e, de outro, a repressão às liberdades individuais, a concentração de renda e a pauperização de grande parte da população. Segundo Prado Júnior⁶, a expansão da industrialização brasileira voltava-se, em especial, para os bens de consumo para as classes média e alta e para as matérias-primas e gêneros alimentícios demandados pelos mercados internacionais.

Para facilitar a aceitação internacional dos itens alimentícios foi preciso demonstrar ao mercado externo a efetividade no controle sanitário do país, estabelecendo-se regras oficiais para a produção de alimentos, com definições de padrões de identidade e qualidade dos produtos, contendo parâmetros de higiene, entre outros aspectos. Havia, portanto, a necessidade de se harmonizar com as normativas internacionais que disciplinavam o comércio de alimentos entre os países⁷, controlando os riscos relativos aos agentes contaminantes químicos, físicos e, principalmente, biológicos, capazes de ocasionar surtos ou episódios isolados. Tal fato tem expressão no corpo do Decreto-Lei nº 986/69⁵: *i)* na disposição que autoriza o uso da ordem normativa internacional, nas situações de inexistência de normas e padrões locais de identidade e qualidade de produtos alimentícios específicos; *ii)* quando au-

toriza fabricar produtos para exportação no país que obedeçam exclusivamente às regras do país de destino.

A legislação representa o aprimoramento do controle sanitário e foi um dos passos preparatórios para a inserção do país como membro da Comissão do *Codex Alimentarius* FAO/OMS, para poder participar da normalização internacional de alimentos e expandir, além de suas fronteiras, o comércio desses produtos – fato que ocorreu já nos anos 1970⁸.

A partir daí, intensificou-se o aparato técnico e jurídico, que reorganiza as práticas de controle sanitário voltadas ao setor produtivo de alimentos, sob o norte de uma legislação calcada no registro e no controle do produto final, na fiscalização dos aspectos físicos do empreendimento produtivo e no exercício do poder de polícia.

Com a abertura política e a atuação dos movimentos sociais, nos anos 1980, em especial com o estratégico Movimento da Reforma Sanitária, ergueram-se as bandeiras de luta pelo direito à saúde e responsabilidade do Estado, consagradas na 8^a Conferência Nacional de Saúde⁹. Ideário que moldou o capítulo da Saúde da atual Constituição, conseguindo materializar relevantes conquistas sociais, após suplantar resistências e pressões¹⁰.

A vigilância sanitária assume uma condição de relevância no campo da saúde e, como resultado, a Constituição estabeleceu que ao Sistema Único de Saúde-SUS compete *executar as atividades de vigilância sanitária [...] e fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo humano*¹¹.

Comparando-se o texto constitucional com o Decreto-Lei nº 986/69, vigente, dois fatos se destacam por valorizar e ampliar a prática da vigilância sanitária. O primeiro é o de fortalecer essa prática de saúde e não reduzi-la a mero exercício do poder de polícia, introduzindo, lado a lado, a ação de inspecionar e a de fiscalizar. A ação inspecionar tem um sentido eminentemente técnico, de avaliar as condições físicas aliadas às do processo produtivo, para identificar as situações de risco que possam comprometer a qualidade do produto e causar prejuízos à saúde do indivíduo. A ação fiscalizar é a de forçar o cumprimento das regras. Essas duas ações se complementam e qualificam, em termos técnico-legais e efetivos, o resultado da ação de vigilância sanitária. O segundo fato refere-se à obrigação de realizar o *controle nutricional*. Tema este que se manteve secundarizado e, na última década, despontou

abrindo espaços de debate no campo da vigilância sanitária de alimentos. De início expandiu-se a obrigatoriedade da rotulagem nutricional para todos os produtos embalados¹² e, mais recentemente, a atenção dirigiu-se à composição nutricional dos produtos alimentícios, especialmente dos ultraprocessados¹³. Esses produtos, caracterizados por conter elevado teor de calorias, açúcares, sal e/ou gorduras, apresentam um perfil nutricional potencialmente prejudicial à saúde, enquadrando-se na categoria de risco a ser controlado. É por isso que a expansão do mercado desse tipo de produto tem uma interface direta com a pandemia da obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)¹⁴.

A Lei Orgânica de Saúde de nº 8080/90, que regula o Sistema Único de Saúde (SUS), atribuiu à vigilância sanitária a seguinte definição: *um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde[...]*¹⁵.

Segundo Costa¹⁶, a Lei Orgânica de Saúde destacou o papel da vigilância sanitária como instância essencialmente preventiva, cujo objetivo precípua é intervir nos riscos à saúde de qualquer ordem, advindos de atividades econômicas. Isto significa unir o saber técnico ao legal, para se antecipar às falhas do processo produtivo, no sentido de evitar danos ou impedir que se disseminem, em defesa da saúde da população.

Com o avanço do processo de construção normativa da vigilância sanitária de alimentos, que se estende do Decreto-Lei nº 986/69 à Lei Orgânica de Saúde, foram registradas três mudanças substanciais na concepção e prática dessa atividade de saúde de caráter preventivo, tais como: *i*) estabelecer regras e verificar o seu cumprimento são insuficientes para controlar os riscos; *ii*) controlar o risco à saúde é fundamental e, para tanto, o poder de polícia deverá ser fortalecido pela união da ciência às bases legais; *iii*) abranger a totalidade dos riscos à saúde sejam eles contaminantes físicos, químicos ou biológicos, e os novos tipos que se anunciam, como os componentes nutricionais dos alimentos.

Trata-se de um período de adensamento dos instrumentos legais, onde o “anacrônico” e o “moderno”, ou o “autoritário” e o “democrático” se articulam para conformar o arcabouço da regulação sanitária de alimentos no Brasil. Por meio desses instrumentos, avaliam-se, contornam-se e reprimem-se os fracassos ou os artifícios empreendidos pelo mercado, buscando-se

concretizar o que, desde os anos 1960, se transcreve em lei: a defesa e a proteção da saúde do coletivo contra os riscos advindos da atividade produtiva de alimentos.

Final dos anos 1990: uma nova autarquia reguladora

No final da década de 1990, o Ministério da Saúde (MS) transferiu as atividades de vigilância sanitária para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), como decorrência das políticas regulatórias engendradas no Brasil¹⁷. Na ocasião, a adesão à agenda internacional implicava estímulos técnico-financeiros dos organismos multilaterais que apoavam a privatização e a mudança no modelo de intervenção do Estado¹⁸.

A Lei Federal nº 9.782/99¹⁹, delega para a Anvisa a responsabilidade de regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e os serviços que envolvam riscos à saúde pública, onde se incluem os alimentos e os insumos, os aditivos, as embalagens e os contaminantes e resíduos, assim como as instalações responsáveis por processar tais produtos. Neste sentido, a vigilância sanitária, como uma das modalidades de regulação social, voltada à proteção do interesse público nacional ou supranacional²⁰, tem por função identificar precocemente as falhas de mercado, externalidades negativas e a falta de informação ao consumidor, em prol do interesse coletivo.

Embora o discurso oficial enfatizasse que o fim último da reconstrução do Estado seria torná-lo capaz de viabilizar o desenvolvimento econômico, proteger os direitos sociais e republicanos e fortalecer a democracia²¹, para Cruz¹⁸, no caso da reforma administrativa, ocorrida no início dos anos 2000, os argumentos mais relevantes foram a delegação de poderes para as agências reguladoras, assim como a necessidade de elevar o grau de comprometimento do poder público com a manutenção de decisões e regras que afetavam diretamente os agentes. Diante disso, não houve rejeição do setor privado quanto a esse tipo de reforma, uma vez que as iniciativas almejaram produzir um clima institucional tranquilizador, com estabilidade das regras e aumento da capacidade resolutiva, carreada pela autonomia administrativa e desburocratização dos processos internos, que dariam celeridade aos pleitos efetuados por esse setor.

Como contraponto, ainda havia as demandas dos movimentos sociais e o novo arcabouço da Lei Orgânica de Saúde, que forçavam respostas institucionais da vigilância sanitária compatíveis

com os interesses dos cidadãos, os quais desejavam a proteção de sua saúde contra as práticas inapropriadas do mercado. Conforme Souto³, a falta de atuação condizente desse setor, quanto ao seu papel estratégico na prevenção da saúde, principalmente pela morosidade em responder às demandas oriundas do mercado, fortalecia os argumentos dos defensores da reforma administrativa e da sua extensão rápida para esse campo.

Com a reforma gerencial promoveu-se a cisão entre a formulação de políticas e a sua execução, ficando a primeira centralizada no núcleo estratégico do governo, ou seja, os ministérios; enquanto a segunda, descentralizada, para as agências. A Anvisa passou, então, a se vincular ao MS, e a se sujeitar às disposições das políticas de saúde, porém com autonomia financeira e administrativa. Esta assume o papel de disciplinar as atividades econômicas de interesse à saúde, assim como, o de coordenar o conjunto de órgãos congêneres dos estados e dos municípios, que formam o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

Medidas adotadas pela Anvisa, em anos mais recentes, que podem ser consideradas como elementos de fragilização no controle de riscos potenciais dos alimentos, atenderam a demandas do setor produtivo, como por exemplo: *i*) desburocratização, a qual resultou na dispensa da obrigatoriedade do registro de produtos alimentícios, sem a contrapartida do reforço às atividades de inspeção nas indústrias e de controle dos alimentos, para efetivar a sua vigilância; *ii*) abolição das regras que instituem os parâmetros de identidade dos produtos alimentícios, deixando o consumidor sem o referencial sobre o padrão do produto; *iii*) incapacidade de instituir um sistema de informação acessível a toda rede de vigilância sanitária, permitindo a troca de informações simultâneas e ação rápida pelas autoridades, frente aos riscos dos produtos e serviços; *iv*) ausência de mecanismos para controlar a publicidade de alimentos, principalmente àquela dirigida ao público infantil.

A reforma da gestão pública foi inovadora quanto à prática da governança, fazendo com que o processo de governar seja participativo e democrático²². Com isso, tornou-se possível incluir a sociedade civil organizada nos espaços públicos e dar pluralidade às vozes, no debate e na definição do rumo das decisões.

O funcionamento das agências vem se aprimorando quanto ao desenvolvimento de instrumentos do controle social e ao papel dessas instituições na estrutura administrativa brasileira²³.

Para tanto, a Anvisa introduziu, em suas estruturas, os procedimentos de informação, audiência pública e consulta pública. Estes canais de comunicação estabelecem um processo de gestão participativa, constituindo-se em um ambiente de compartilhamento de discussão coletiva entre as partes envolvidas – cidadãos, industriais e governo – para buscar o consenso entre os diversos interesses. Espaço propício para o exercício da cidadania e do controle social que, mediante a adoção de parâmetros técnicos e éticos, pode-se balizar a relação produção-consumo, em prol da satisfação dos interesses coletivos²⁴.

A Anvisa conta, ainda, com uma instância de participação institucionalizada da sociedade, denominado Conselho Consultivo²⁵ e, para proporcionar visibilidade, transparência e governança ao processo de regulamentação participativo, introduziu a Agenda Regulatória – AR²⁶.

O primeiro biênio (2013-2014) do ciclo quadrienal (2013-2016) da AR incluiu 23 temas relativos à área de alimentos. Nesse elenco, o tema de nº 19, referente à *Propaganda de Alimentos com Quantidades Elevadas de Açúcar, de Gordura Saturada, de Gordura Trans, de Sódio e de Bebidas com Baixo Teor Nutricional*, é destacado por tratar da composição nutricional – assunto controverso da atualidade. O assunto ressurge para o debate, com o apoio da sociedade civil organizada, em virtude do aumento das DCNT que já afetam a população infantil.

A especialização técnica, a flexibilidade e a capacidade de adaptação ao dinamismo do mundo globalizado pelo seu potencial normativo e executivo²⁷ e os espaços de participação da sociedade que estão sendo construídos, com a maturidade experimentada pela Agência, podem projetar avanços no processo de democratização das decisões sobre como intervir nos riscos à saúde dos objetos sob controle da vigilância sanitária. O aperfeiçoamento da Anvisa depende tanto da participação ativa e qualificada da sociedade civil organizada, em especial dos usuários e consumidores, quanto do compromisso e das articulações externas, para se conformar como uma força social equiparável às do mercado e do poder público.

Riscos dos componentes nutricionais na esfera regulatória da Anvisa

Em decorrência do atual quadro epidemiológico das doenças carenciais, da obesidade e de outras DCNT, a preocupação com a qualidade nutricional dos alimentos, no âmbito nacional, passou a ser objeto de atenção de dois setores da

gestão pública federal; a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/MS) e a Gerência-Geral de Alimentos (GGALI/Anvisa). A primeira é a responsável pela implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), e a segunda pela agenda relacionada ao controle sanitário de alimentos referenciado nessa política.

As experiências pioneiras da Anvisa nos primeiros anos após sua criação, visando a atender aos dispositivos da PNAN à época²⁸, relacionaram-se, primeiramente, com a diretriz de *Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição*. Como parte do Programa de Combate aos Distúrbios por Deficiência de Iodo no Brasil, a regulação estabeleceu novos limites para a iodação do sal e disciplinou as boas práticas para os estabelecimentos beneficiadores desse produto. Práticas que foram sujeitas a frequentes monitoramentos para verificar o seu cumprimento²⁹. Em seguida, regulamentou-se os limites de ácido fólico e de ferro em farinhas de trigo e milho³⁰, com o subsequente monitoramento desses produtos, em atendimento a outro programa oficial do MS. Em 2001, considerando a diretriz da PNAN-1999 *Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto*, a rotulagem nutricional de alimentos e bebidas embalados se tornou obrigatória¹², sendo posteriormente harmonizada no âmbito do Mercado Comum do Sul (Mercosul).

Além das regras supracitadas, que interferem na formulação do produto com a adição de nutrientes obrigatórios, outras regras relativas às informações de rotulagem nutricional para os produtos industrializados foram aperfeiçoadas na ocasião¹². Tais iniciativas inauguram a prática do *controle nutricional* de maneira sistemática e com repercussões importantes de diversas ordens: *i*) a vigilância sanitária de alimentos não se dissocia das questões nutricionais, e a entidade oficial competente reconhece que proteger a população implica controlar quaisquer riscos oriundos dos alimentos, e esse entendimento comprovadamente integra a rotina institucional da entidade, desde a sua criação; *ii*) os produtos alimentícios alvos se ajustaram aos requisitos nutricionais, mediante a instituição de regras com sanções aliadas a medidas sistemáticas de controle para conferir a sua adequação; *iii*) as indústrias nacionais envolvidas foram obrigadas a custear a adição de nutrientes (ferro e ácido fólico ou iodo) nos produtos considerados fundamentais para atender aos programas oficiais de nutrição; *iv*)

as indústrias são obrigadas a expor, na rotulagem dos produtos alimentícios, informações detalhadas sobre a composição nutricional em complementação às outras já instituídas.

Anvisa e Ministério da Saúde: priorizando o acordo à regulação

Com o avanço da obesidade e de outras DCNT, o incremento dos gastos com assistência à saúde, e sua associação com a mudança no padrão alimentar da população brasileira, devido ao aumento da disponibilização de alimentos não saudáveis, entre outros aspectos, o governo estabeleceu uma série de estratégias de enfrentamento.

No final da última década, ao se analisar a população adulta urbana das capitais brasileiras³¹⁻³⁶ (Gráfico 1), as taxas de obesidade e de excesso de peso em adultos no Brasil eram de, respectivamente, a 14,8% e 49%³⁷, mantendo-se ascendentes, com leves sinais de estabilização em 2014. O comportamento alimentar da população adulta urbana é um dos fatores que contribui para esses problemas nutricionais, pois verifica-se que, no mínimo, 18% dela, nos últimos seis anos, consome regularmente produtos não saudáveis, tais como refrigerantes, sucos artificiais e doces. Observa-se, também, que o consumo regular de

refrigerantes e sucos artificiais supera o consumo diário recomendado de frutas e hortaliças, com leves declínios dos primeiros a partir de 2013³¹⁻³⁶ (Gráfico 2). Esses dados apontam a presença marcante dos produtos industrializados do tipo ultraprocessados na prática alimentar cotidiana do brasileiro.

Ainda em 2007, o MS, diante da prevalência de obesidade em ascensão no país e seguindo as recomendações internacionais, articulou-se com indústria para discutir a matéria³⁸. Na sequência, foi firmado o Acordo de Cooperação entre o MS e a Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação (ABIA) e aprovada uma Chamada Pública para avaliar a potencialidade do setor produtivo em reduzir, de forma gradativa, os teores de vários nutrientes nos alimentos processados, tais como, açúcar livre, gorduras *trans*, gorduras saturadas e sal³⁹, que culminou em alguns termos de compromisso posteriores.

Esses Acordos e Termos de Compromissos (A&T) constituem um marco na discussão sobre a redução dos parâmetros nutricionais dos produtos considerados não saudáveis, que foi iniciado com as ações para a retirada da gordura *trans* dos produtos, cujos avanços importantes somente foram alcançados em 2010⁴⁰. No entanto, ainda em 2009, um diagnóstico para avaliar a composição nutricional de 24 categorias de produtos

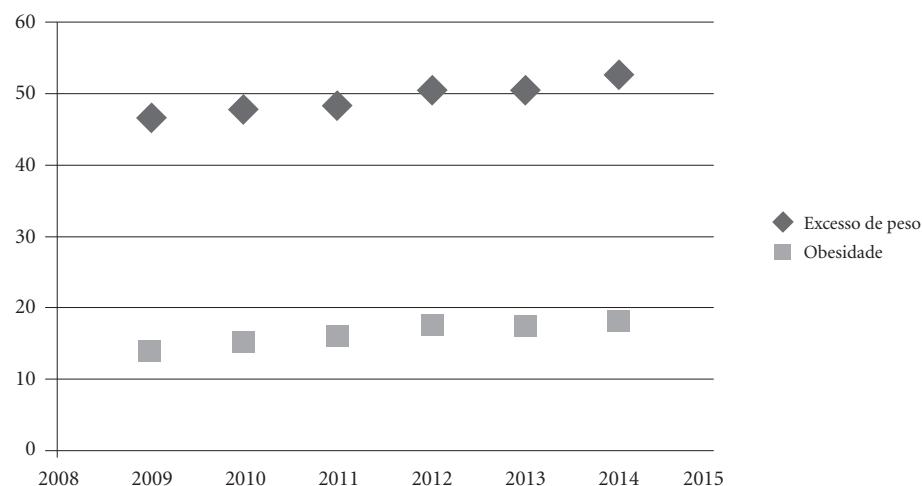


Gráfico 1. Comportamento do excesso de peso e da obesidade em adultos com idade igual ou superior a 18 anos, em 27 capitais brasileiras, no período de 2009 a 2014.

Fonte: Brasil³³⁻³⁸.

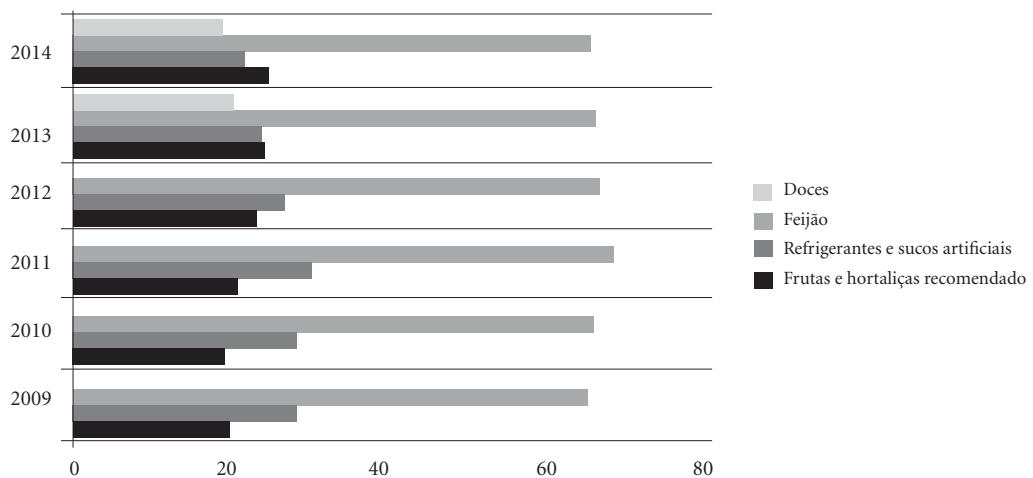


Gráfico 2. Perfil do consumo regular* ou recomendado** de alimentos*** pela população adulta residente nas 27 capitais brasileiras, no período de 2009 a 2014.

Fonte: Brasil³³⁻³⁸.

* regular significa consumo de doces, feijão e ou refrigerantes cinco ou mais dias por semana. ** recomendado significa a ingestão diária de 400g de frutas e hortaliças ou cinco porções desses grupos de alimentos. *** Os doces abrangem sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos e doces em geral.

alimentícios, quanto ao teor de sódio, açúcares, gorduras saturadas, gorduras *trans* e de ferro, ordenado pela Anvisa, revelou uma variação importante nos teores desses nutrientes intra e extra categoria⁴¹. Esses teores, quando comparados com os critérios da agência de normalização dos alimentos do Reino Unido⁴², faria com que maioria dos produtos se enquadrasssem nas categorias de “alto teor” seja de sódio, açúcar ou gordura. Esses resultados são preocupantes, pois os produtos alimentícios destacados são comumente consumidos por crianças que, além dos efeitos negativos à saúde provenientes do excesso de certos nutrientes, estimulam a formação de hábitos de consumo que adaptam o paladar para preferir alimentos com essa composição.

Como consequência desse diagnóstico, as autoridades de saúde fizeram tratativas com as entidades das indústrias para, primeiramente, fazer a redução do teor de sódio em várias categorias de alimentos, apesar de o quadro epidemiológico apontar urgência para a redução de todos os nutrientes. O valor de referência para a definição da meta de redução, na ausência de uma referência internacional equivalente, tomou por base três critérios: o limite inferior do teor de sódio

apontado pelo resultado do diagnóstico naqueles tipos de alimento analisados; as informações de rotulagem; e, as informações fornecidas pelas indústrias. A partir dos parâmetros do acordo, o MS prevê que seja alcançada uma redução do consumo de sódio pela população brasileira para menos de 2000 mg/pessoa/dia, até 2020⁴³.

O reconhecimento do governo sobre a relação entre o quadro epidemiológico e a qualidade dos alimentos se fortalece com a aprovação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, período 2011-2022⁴³ do MS; do Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade formulado pelo Comitê Técnico da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)⁴⁴; e da versão atualizada da PNAN, de 2012⁴⁵. Nesses documentos duas diretrizes destacam-se por orientar a prática de controle da qualidade de alimentos: *Controle e regulação dos alimentos* e *Promoção da alimentação adequada e saudável*. Essas iniciativas estão sintonizadas em propor medidas para adequação do perfil nutricional dos alimentos processados a um tipo considerado saudável; aumento da ofer-

ta e redução dos preços dos alimentos saudáveis; estabelecimento da regulamentação da publicidade de alimentos, entre outros aspectos.

Entre a estratégia de estabelecimento de A&T e a de regulação mandatária, o governo reforçou a primeira para interferir no perfil nutricional dos produtos alimentícios. O MS, então, continuou a expandir esse novo instrumento no campo do controle de alimentos, agora contemplando a redução do sódio. Merece salientar que o desenho de tais instrumentos congregam alguns pontos inconvenientes: *i)* grande elasticidade – os prazos para redução do sódio, por exemplo, variam entre 3 e 5 anos; *ii)* extensão limitada – a formalidade dos A&T restringem-se às entidades representativas das indústrias que os ratificaram; *iii)* fragilidade no cumprimento – a inexistência de cláusulas punitivas podem retardar o cumprimento desses atos.

Dessa forma, como objetivo de inferir sobre as bases da negociação das metas referidas nos A&T sobre a redução do sódio, comparamos o comportamento de seis produtos alimentícios quanto a esse nutriente, obtidos no diagnóstico, com as metas acordadas de redução (Gráfico 3) e verificou-se que as metas de três produtos foram definidas pelo maior valor identificado e as dos outros três, as mais próximas do maior valor,

divergindo do critério anteriormente proposto. Esta “flexibilidade nas metas desses A&T estimula a reflexões a respeito dos critérios utilizados para tal decisão e permite sugerir condescendência para com o mercado. Dentre os produtos monitorados, há alguns deles já disponíveis no mercado, cujas fórmulas contêm teor de sódio abaixo do limite de redução acordado – sugerindo que já há aceitação de produto com teor de sódio mais baixo pelo consumidor e tecnologia factível de produção. Os padrões acordados indicam que pode ter havido o “desperdício” da oportunidade de utilizar como referência o valor mínimo de sódio encontrado nos produtos monitorados, para a construção das bases dos A&T.

Embora o cumprimento dos A&T esteja sendo assumido na prática institucional da vigilância sanitária, descartar o uso da regulamentação com prazos negociados e fixados e com previsão de sanções, significa fragilizar as medidas de controle e o papel de autoridade e de intervenção do Estado de limitar a atividade privada para fazer prevalecer os interesses públicos. Adianta-se que o cumprimento dos A&T depende apenas do grau de compromisso entre as partes, que não é, por si só, extensivo às outras entidades e empresas do ramo. Consideradas estas limitações, é necessário que o poder público encare o gerenciamento dos

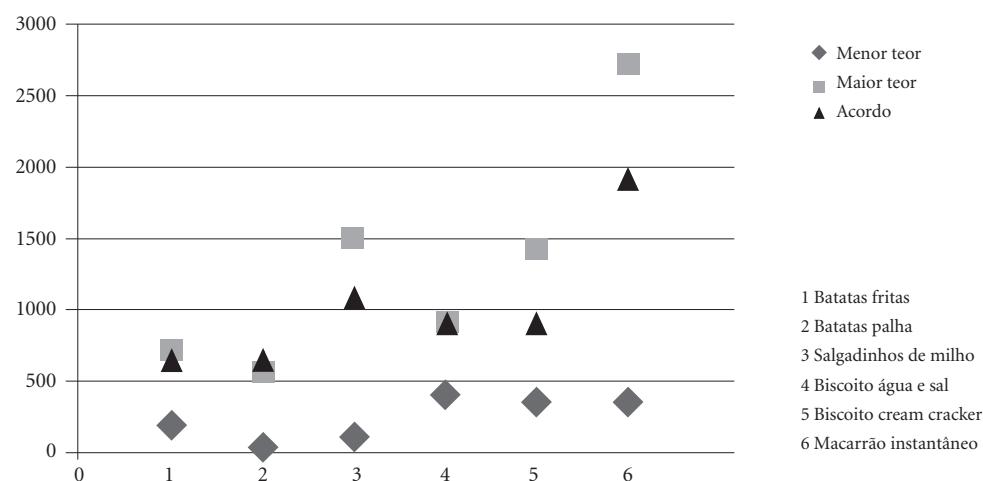


Gráfico 3. Comparação entre os teores de sódio diagnosticados em seis categorias de produtos alimentícios e os valores de redução acordados entre o Governo e as entidades representativas das indústrias de alimentos. Brasil, 2010-2011.

Fonte: Brasil; Anvisa. Informe Técnico n. 43/2010; itens 3 e 5 do Quadro 2.

riscos dos alimentos relacionados à obesidade e às outras DCNT como equiparável ao aplicado às Doenças Transmitidas por Alimentos, valorizando o uso dos recursos tradicionais (regulamentação, monitoramento de produtos, inspeção de estabelecimentos etc.), para que se alcance um controle efetivo da qualidade nutricional dos produtos alimentícios envolvidos.

Entretanto, ressalta-se que a intervenção dos riscos dos componentes nutricionais dos produtos alimentícios para prevenção das DCNT, confronta-se com o questionamento científico e com a alegação dos impactos econômicos por parte do setor produtivo, o que motivam uma forte reação do mercado. Por exemplo, as reações das corporações de alimentos já fizeram o governo dinamarquês retroceder, revogando as medidas de taxação de produtos com alto teor de gordura saturada⁴⁶, mas, em contrapartida, não foram suficientes para impedir a sociedade finlandesa mobilizada de avançar e impor a reformulação dos produtos, garantindo um alimento com qualidade nutricional aprimorada⁴⁷.

A experiência de A&T entre o governo e as entidades das indústrias para a redução do sódio é apontada por Nilson et al.⁴⁸ como inovadora, legítima e transparente, baseada na articulação intrainstitucional com o setor privado, e no estabelecimento de uma relação dialógica e pactuada que fortalece o controle social. Sem enaltecer o vanguardismo alegado para essa prática institucional ou descartar os possíveis méritos dessa iniciativa, algumas ponderações são necessárias. Primeiro, o valor de cunho ideológico dessa medida, demonstrado pela preocupação do governo perante a saúde pública, é o que sobressai, diante a dispensa das prerrogativas do Estado de impor regras ao mercado e da opção por fazer A&T maleáveis e de longa duração. Segundo, para o fortalecimento do controle social, exige-se que o conjunto das representações da sociedade seja envolvido nas discussões travadas na esfera pública o que não ocorreu neste processo de negociação, fragilizando a tal legitimidade acima referida.

Parceria entre governo e indústrias: fragilidade ou inovação?

As parcerias público-privadas se pautam na partilha de objetivos e de tomada de decisão entre os setores público e privado. No campo da nutrição, esse tipo de iniciativa está sendo adotada em vários países e envolve basicamente quatro objetos: melhoria da composição nutricional de produtos alimentícios; educação do público;

rotulagem nutricional e propaganda; e, por fim, pesquisas⁴⁹. Os envolvidos nestas iniciativas declaram que almejam alcançar resultados efetivos, mediante a negociação entre as partes, com a redução de recursos e de desgastes político-institucionais⁵⁰.

Na década de 1990, a FAO e a OMS começam a estimular os países a desenvolverem ações conjuntas para enfrentar a obesidade e outras DCNT, mediante a articulação entre governo, indústrias e consumidores⁵¹, alegando que esta poderia transformar o sistema alimentar, tornando-o *mais compatível com os preceitos nutricionais*⁵². Destacam ainda a importância de estratégias multisetoriais e de longa duração, pois a responsabilidade na prevenção dessas doenças é compartilhada⁵³.

Na Europa, inúmeras parcerias foram alavancadas para enfrentar o fenômeno do sobrepeso e da obesidade na região, sob o respaldo da Comissão das Comunidades Europeias, destinadas a reduzir os componentes não saudáveis dos alimentos⁴⁹ e voltadas para modificar comportamentos dos consumidores, encarando a obesidade como um problema individual dentro de uma concepção conservadora-liberal, sem investir em mudanças estruturais⁵⁴.

Esquivando-se dos conflitos de uma intervenção direta na composição dos produtos não saudáveis, alguns países optaram por investir no aperfeiçoamento da rotulagem nutricional. Assim, desenvolveram, por exemplo, o esquema do *Semáforo Nutricional* (Semáforo Nutricional é um esquema visual, apostado na rotulagem dos produtos, que utiliza as cores verde, amarelo e vermelho para quantificar os teores dos nutrientes, respectivamente, em baixo, médio e elevado.), o qual foi adotado pelo Reino Unido⁵⁵ e pelo Equador⁵⁶, respectivamente, com caráter voluntário e compulsório; e o sistema do *Health Star Rating* (*Health Star Rating System* é um esquema visual, apostado na rotulagem dos produtos, sob a forma de estrela, que avalia o conjunto dos componentes nutricionais de um produto e o qualifica atribuindo de uma a cinco estrelas) aplicado na Nova Zelândia e na Austrália de forma facultativa⁵⁷. Estes dois dispositivos visuais permitem demonstrar, ao consumidor, com rapidez, o perfil nutricional do produto em termos nutricionais.

A despeito da existência dessas divergências, é possível que os alertas sistemáticos emitidos pelos organismos internacionais, pelo governo e pelas mídias locais, sobre os riscos dos produtos alimentícios não saudáveis, assim como uma desconfiança dos fabricantes quanto aos efeitos do

uso de medida de intervenção compulsória – regulamentação – motivaram as entidades corporativas das indústrias a negociar com o governo e, assim, evitar qualquer instabilidade no comércio de tais produtos.

A decisão do governo brasileiro de fazer uso de instrumentos do tipo A&T para tratar dessa questão nutricional dos alimentos, em detrimento da regulamentação, de fato, representa um retrocesso se comparado ao processo democrático de regulamentação que vem sendo instituído no âmbito das agências nacionais, permitindo um amplo debate e a participação dos setores organizados e da sociedade em geral. Demonstra, ainda, a fragilidade do governo em gerenciar os riscos dos alimentos com a agilidade requerida e com a autoridade e a competência que lhe são atribuídas. As dificuldades políticas são reais, a reação das corporações de mercado é efetiva, mas o vazio imposto à sociedade civil é revelador de uma conduta contraditória e de uma evidente indisposição para angariar o apoio de potenciais aliados – os cidadãos.

As parcerias público-privadas, que lidam com esse objeto em particular, estão sujeitas a várias limitações que podem comprometer a boa governança e o alcance satisfatório dos resultados desejados, pois os parceiros privados podem integrar para conduzir a agenda do governo, esquivar-se de suas reais responsabilidades ou desviar o foco de atenção para as soluções potenciais que contrariem os seus interesses etc.⁴⁹. Entretanto, merece ressaltar que sob a lógica do mercado, a adesão a qualquer tipo de parceria não pode culminar em prejuízo ao seu lucro⁵⁸.

Para Majone⁵⁹, a formulação de A&T se encaixa perfeitamente na “nova regulação” que compõe a racionalidade da intervenção governamental do Estado regulador para se ajustar às necessidades do mercado. Trata-se de uma regulação flexível e não rígida, aplicada em larga escala no campo da regulação social, no qual se situa a saúde.

Dante disso, se constata que feições dos A&T formalizados, comprovadamente, não privilegiaram as realidades internas (epidemia de obesidade e aumento na prevalência de outras DCNT, consumo crescente de produtos hipercalóricos e com altos teores de sal). Além das limitações intrínsecas desses A&T acrescenta-se, ainda, a falta de um efetivo suporte de comunicação para informar a população sobre os benefícios de privilegiar o consumo de produtos com esse novo atributo nutricional. A opção pela A&T, de forma velada, demonstra a preocupação do governo em

evitar que o mercado, durante a fase de ajuste dos produtos, sofra abalos econômicos.

Assim, esse evidente contrabalanço de interesses implícitos fragilizou a intervenção, conduzindo a decisão pelo não enfrentamento dos conflitos de uma regulamentação do sódio. Em experiências antes relatadas, as indústrias nacionais foram obrigadas a enriquecer seus produtos com nutrientes para atender aos programas institucionais de nutrição, arcando com os custos econômicos desse procedimento. Agora, o confronto envolve empresas transnacionais, em que a redução de nutrientes não saudáveis impactam não só no custo, mas também afetam a palatabilidade dos produtos, interferindo nas vendas.

Esses A&T, concebidos de forma centralizada, significam retrocessos para a vigilância sanitária de alimentos, em especial, sobre quatro aspectos: *i)* esvazia a competência de regulação de riscos da Anvisa; *ii)* cria precedentes para evitar, ou pelo menos retardar, a regulamentação, para disciplinar a redução dos teores de nutrientes-chave, ação fundamental para proteger a saúde; *iii)* gera situações de “desempoderamento” interno das próprias decisões, pois não há como fiscalizar o cumprimento dos teores nutricionais, com base em A&T; e, por fim, *iv)* reduz o segmento estratégico da sociedade civil (consumidores) a um vazio, colocando-a à margem desse processo de concertação de medidas sanitárias, para amenizar as tensões e os embates com o setor produtivo.

Os efeitos desses A&T se estendem ao conjunto dos serviços de vigilância sanitária, uma vez que estes realizam as atividades de monitoramento dos produtos previstas naqueles atos. Desse modo, esses A&T se convertem em motivo de reflexão, uma vez que não têm efeito legal no contexto operacional.

Em comparação ao ritual da prática de vigilância sanitária de alimentos, esses A&T simbolizam, por um lado, um tratamento de forma protetora do mercado e o adiamento da garantia do direito à saúde e à alimentação adequada e saudável da população e, por outro, a abertura de precedentes para que a regulamentação seja substituída por “A&T, quando for necessário manejar questões polêmicas de riscos à saúde, ampliando-se os conflitos inerentes à própria atividade.

O fato de os componentes nutricionais em excesso (gorduras saturadas, açúcares e sal) produzirem efeitos nocivos à saúde distintos (acumulativos e de longo prazo) daqueles causados pela maioria dos agentes contaminantes (em geral, de curto prazo e de propagação extensiva

e rápida se o produto for de circulação global), não justifica a adoção de intervenções distintas por parte do governo, que sempre aplicou regras compulsórias para esse segundo grupo de riscos.

Embora a regulamentação usualmente seja percebida pelo mercado de modo deturpado, como uma medida de intervenção antipática e autoritária, ela é oportuna e necessária quando se trata de prevenir riscos à saúde. A ausência de parâmetros internacionais face ao comércio global, instruindo sobre como lidar com os nutrientes de risco dos produtos alimentícios, não impede que o país ouse em prol da saúde do coletivo e nem, tampouco, que ele se contenha com a adoção de medidas atenuantes e lentas nesse campo. O governo acertou ao optar pelo caminho da argumentação, do convencimento, mas errou em restringir o debate e encerrar o diálogo, o que resultou em não estabelecer regras compulsórias para a redução do sódio e dos demais nutrientes de risco.

A ausência da representação dos consumidores no debate sobre a redução dos nutrientes fere os princípios da “boa governança”⁶⁰ e rompe com as práticas de criação e fortalecimento de espaços públicos de intervenção e de expressão da democracia participativa no seio das instituições públicas. Ausência que foi marcante, na medida em que os consumidores organizados poderiam atuar como integrantes diferenciados. Isso, tanto para dar suporte ao governo na defesa do interesse público e da primazia dos assuntos de saúde quanto para contribuir para o avanço das negociações para a aprovação de regras com metas adequadas para a redução nutrimental de risco nos produtos alimentícios.

Conclusão

No âmbito da vigilância sanitária, a prática regulatória dos riscos dos alimentos constitui uma tarefa repleta de tensões e conflitos para as instituições públicas. Apesar das crescentes prevalências de excesso de peso, obesidade e de outras DCNT, assim como dos estímulos dos organismos internacionais competentes para que os Estados intervenham no perfil nutricional dos produtos alimentícios não saudáveis, não foi possível su-

plantar as pressões das corporações de indústrias de alimentos e efetivar a regulação. A governança instituída, no âmbito das instituições públicas de saúde, recuou em prol da instituição de A&T, definidos com a participação restrita do governo e das indústrias. Contudo, em um contexto dinâmico dos riscos dos alimentos, nunca há regulação encerrada, mas sempre em andamento. Desse modo, diante da experiência em consolidação da prática democrática regulatória, ainda é necessário e possível esperar por uma regra que atenda aos interesses da sociedade, ou seja, que limite o conteúdo de açúcares, gorduras e sal dos produtos alimentícios, reduzindo os riscos à saúde decorrentes do seu consumo.

Colaboradores

Este manuscrito idealiza e sintetiza parte dos resultados da tese do doutorado intitulada “Riscos emergentes dos alimentos: Regulação, conflitos e tensões”, defendida por AVA Figueiredo, na Universidade de Brasília, em novembro de 2014. As coautoras E Recine e R Monteiro – orientadora e coorientadora da tese supracitada – se responsabilizaram pela revisão, assim como, deram a contribuições adicionais a esse manuscrito.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES/Ministério da Educação pelo apoio dado à autora principal na realização da tese de doutorado, da qual foi extraída material para este artigo.

Referências

1. Carvalheiro JR. Desafios da Vigilância Sanitária e a Função Regulatória. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: Cadernos de Textos. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2001. p. 25-36.
2. Lucchese GA. *Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil*. Brasília: Anvisa; 2008.
3. Souto AC. *Saúde e Política: A vigilância sanitária no Brasil, 1976-1994*. São Paulo: Sobravime; 2004.
4. Costa EA. *Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde*. São Paulo: Hucitec; 1999.
5. Brasil. Decreto-Lei nº 986, de 21 de outubro de 1969. *Diário Oficial da União* 1969; 22 out.
6. Prado Júnior C. *História econômica do Brasil*. 36ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense; 1988.
7. Food and Agriculture Organization of United Nations (FAO), World Health Organization. *Understanding Codex Alimentarius*. 3th ed. Issued by the Secretariat of the Joint FAO/WHO Food Standards Programme. Rome: FAO; 2006. [acessado 2014 nov 13]. Disponível em: ftp://ftp.fao.org/codex/Publications/understanding/Understanding_EN.pdf
8. Brasil. Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia. Comitê Codex Alimentarius do Brasil – CCAB. *Histórico do Comitê Codex Alimentarius do Brasil – CCAB*. [acessado 2014 abr 16]. Disponível em: http://www.inmetro.gov.br/qualidade/comites/codex_ccab.asp
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 8^a Conferência Nacional de Saúde. Brasília-DF, 17 a 21 de março de 1986. [acessado 2014 mar 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
10. Rosas EJ. Os inimigos da reforma sanitária se mobilizam. *Saúde em Debate* 1988; (22):13-18.
11. Brasil. Constituição Federal 1988, Título VIII, Da Ordem Social, Seção II Da Saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). *Legislação do SUS*. Brasília: Conass; 2003. p. 20-21.
12. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução - RDC Nº 40, de 21 de março de 2001. Aprovar o Regulamento Técnico para Rotulagem Nutricional Obrigatória de Alimentos e Bebidas Embalados, constante da anexo desta Resolução. *Diário Oficial da União* 2001; 22 mar.
13. Monteiro CA. The big issue is ultra-processing. [Commentary]. *World Nutrition* 2010; 1(6):237-259.
14. Monteiro CA, Cannon G. The Impact of Transnational “Big Food” Companies on the South: A View from Brazil. *PLoS Med* 2012; 9(7):e1001252.
15. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. In: Conass. *Legislação do SUS*. Brasília: Conass; 2003. p. 22-37.
16. Costa EA. Regulação e vigilância sanitária para a proteção da saúde. In: Vieira FP, Rediguieri CF, organizadores. *A Regulação de Medicamentos no Brasil*. Porto Alegre: Editora: Artmed; 2013. p. 21-37.
17. Ribeiro JM, Costa NR, Silva PLB. Política de Saúde no Brasil e estratégias regulatórias em ambiente de mudanças tecnológicas. *Interface (Botucatu)* 2000; 4(6):61-84.
18. Cruz V. Estado e regulação: fundamentos teóricos. In: Ramalho PIS, organizador. *Regulação e agências reguladoras: governança e análise do impacto regulatório*. Brasília: Anvisa; 2009. p. 53-86.
19. Brasil. Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1999; 27 jan.
20. Costa NR, Ribeiro JM, Silva PLB, Melo MAC. O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor saúde. *Revista da Administração Pública* 2001; 35(2):193:228.
21. Bresser Pereira LC. Reflexões sobre a reforma gerencial brasileira de 1995. *Revista do Serviço Público* 1999; 50(4):5-29.
22. Bresser Pereira LC. O modelo estrutural de gerência pública. *Revista de Administração Pública* 2008; 42(2):391-410.
23. Brasil. Casa Civil. Câmara de Infra Estrutura – Câmara de Política Econômica. *Relatório do Grupo de Trabalho Interministerial Análise e Avaliação Do Papel das Agências Reguladoras no Atual Arranjo Institucional Brasileiro*. Relatório do Grupo de Trabalho Interministerial. Brasília, setembro de 2003. [acessado 2014 fev 20]. Disponível em: http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/Agencias/avaliacao_das_agencias_reguladoras_-_casa_civil.pdf
24. Lucchese GA. *Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância no Brasil* [tese]. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2001.
25. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). *Conselho Consultivo* 2005. Agência/Publicação Agência. Portal da Anvisa. [acessado 2014 abr 28]. Disponível em: <http://s.anvisa.gov.br/wps/s/r/9xd>
26. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Documento orientador. *Agenda regulatória. Ciclo quadrienal 2013-2016*. Brasília: Anvisa; 2012. Programa de Boas Práticas Regulatórias da Anvisa. [acessado 2014 abr 27]. Disponível em: file:///Users/anavirginiafigueiredo/Documents/ATESE/CAPITULOS%20DA%20TESE/REGULACAO/Agenda_Regulatoria_Quadrienal_final_baixa.pdf
27. Peci A. Novo marco regulatório para o Brasil da pós -privatização: o papel das agências reguladoras em questão. Programa de Estudos e Pesquisas em Reforma do Estado e Governança. *Revista de Administração Pública* 1999; 33(4):121-135.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política nacional de alimentação e nutrição* 2000. 2.^a ed. revista. Brasília: MS; 2003. Série B. Textos Básicos de Saúde. [acessado 2012 mar 25]. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan.pdf>
29. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução - RDC nº 28, de 28 de março de 2000. Dispõe sobre os procedimentos básicos de Boas Práticas de Fabricação em estabelecimentos beneficiadores de sal destinado ao consumo humano e o roteiro de inspeção sanitária em indústrias beneficiadoras de sal. *Diário Oficial da União* 2000; 29 mar.

30. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução - RDC Nº 344, de 13 de dezembro de 2002. Aprovar o Regulamento Técnico para a Fortificação das Farinhas de Trigo e das Farinhas de Milho com Ferro e Ácido Fólico, constante do anexo desta Resolução. *Diário Oficial da União* 2002; 18 dez.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares, 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010. [acessado 2014 mar 11]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pof_2009_2009_encaa.pdf
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Vigitel Brasil. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2009*. [acessado 2014 out 20]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/publicacao_vigitel_2009.pdf
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Vigitel Brasil. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2010*. [acessado 2014 out 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2010.pdf
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Vigitel Brasil. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2011*. [acessado 2014 out 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011_fatores_risco_doencas_cronicas.pdf
35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Vigitel Brasil. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2012*. [acessado 2014 out 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2012_vigilancia_risco.pdf
36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Vigitel Brasil. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2013*. [acessado 2014 out 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2013.pdf
37. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Vigitel Brasil. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2014*. [acessado 2014 out 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf
38. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.092, de 4 de dezembro de 2007. Institui Grupo Técnico com o objetivo de discutir e propor ações conjuntas a serem implementadas para a melhoria da oferta de produtos alimentícios e promoção da alimentação saudável. *Diário Oficial da União* 2007; 5 dez.
39. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Trata sobre o Acordo do Ministério da Saúde com a Associação Brasileira de Indústrias de Alimentos para redução dos teores de sódio, gorduras e açúcares dos alimentos*. Ano estimado 2007. [acessado 2012 mar 15]. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/acordo_social_reducao_teores_sodio_acucar_gorduras.pdf
40. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável. Redução de sódio, açúcar e gordura trans*. 30 abr. 2012. [acessado 2014 jun 24]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_promocao_da_saude.php?conteudo=reducao
41. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Perfil nutricional dos alimentos processados. *Informe Técnico nº 43/2010*. [acessado 2013 nov 22]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/wpm/connect/1011330044bbafc3b1f6b10377ff0da5/Perfil+Nutricional.pdf?MOD=AJPERES>
42. United Kingdom. Food Standards Agency. *Front-of-pack traffic light signpost labeling*. Technicalguidance 2, November, 2007. [acessado 2014 jun 14]. Disponível em: <http://multimedia.food.gov.uk/multimedia/pdfs/frontofpackguidance2.pdf>
43. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011-2022*. Brasília: MS; 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
44. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria-Executiva da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional- CAISAN. *Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade*. Nota para Imprensa. Ano estimado 2012. [acessado 2014 abr 28]. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/noticias/documentos/planalto-intersetorial-de-prevencao-e-controle-da-obesidade>
45. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política nacional de alimentação e nutrição 2012*. [acessado 2012 mar 25]. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>
46. Petkantchin V. *Nutrition taxes: the costs of Denmark's fat tax. IEM's Economic Note*. may, 2013. [acessado 2014 jun 26]. Disponível em: http://www.institutmolinari.org/IMG/pdf/note0513_en.pdf
47. Puska P. Successful strategies to influence national diets: the Finnish experience. *Zdrav. Vopr* 2004; 43:191-196.

48. Nilson EAF, Jaime PC, Resende DO. Iniciativas desenvolvidas no Brasil para a redução do teor de sódio em alimentos processados. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2012; 32(4):287-292.
49. Hawkes C. *High Level Group Working Paper on Public Private Partnerships for Health* 2008. [acessado 2014 jul 23]. Disponível em: ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev20081028_wp_en.pdf
50. Mitchell M. *An overview of public private partnerships in health* 2008. Boston: Harvard School of Public Health. [acessado 2014 abr 2]. Disponível em: <http://www.hsp.harvard.edu/hsrg/publications/pdf/PPP-final-MDM.pdf>
51. World Health Organization (WHO). Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases (2002: Geneva, Switzerland). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva: WHO; 2003. (WHO technical report series; 916).
52. Food and Agriculture Organization of United Nations (FAO). *The state of food and agriculture: food systems for better nutrition*. Rome: FAO; 2013.
53. World Health Organization (WHO). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *Report of WHO study group*. Geneve: WHO Library Cataloguing in Publication Data; 1990. (World Health Organization technical report series; 797).
54. Borch A, Roos G. Public Private Partnerships fighting obesity in Europe. *Anthropology of food* 2012; 7(Supl.). [acessado 2014 jun 26]. Disponível em: <http://aof.reviews.org/7286>
55. Reino Unido. Food Standards Agency. *Front-of-pack traffic light signs postlabelling*. TechnicalGuidanceen. 2, 2007;. [acessado 2014 jun 24]. Disponível em: <http://multimedea.food.gov.uk/multimedia/pdfs/frontpack-guidance2.pdf>
56. Ecuador. Ministerio de Salud. *Reglamento sanitario de etiquetado de alimentos procesados para el consumo humano* (Acuerdo No. 00004522). [acessado 2015 out 20]. Disponível em: <http://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/08/REGULAMIENTO-SANITARIO-DE-ETIQUETADO-DE-ALIMENTOS-PROCESADOS-PARA-EL-CONSUMO-HUMANO-junio-2014.pdf>
57. Australia, Nova Zelândia. Australia New Zealand Food Standards Code. *Health star rating system styleguide*. [acessado 2013 nov 20]. Disponível em: <http://www.foodsafety.govt.nz/industry/general/labelling-composition/health-star-rating/hsr-style-guide-30-june-2014.pdf>
58. Stuckler D, Nestle M. Big food, food systems, and global health. *PLoS Medicine* 2012; 9(6):e1001242. [acessado 2013 set 15]. Disponível em: <http://www.plosmedicine.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001242&representation=PDF>
59. Majone G. Do estado positivo ao estado regulador: causas e consequências da mudança no modo de governança. *Regulação Econômica e Democracia: O debate europeu*. São Paulo:Editora Singular, 2006. [acessado 2014 mar 10]. Disponível em: <http://academico.direito-rio.fgv.br/ccmw/images/0/08/Majone.pdf>
60. Hawkes C. Public health sector and food industry interaction: it's time to clarify the term 'patnership'and be honest about underlying interests. *European Journal of Public Health*, v.21, n4, 400-403. 2011. [acessado 2013 nov 11]. Disponível em: <http://eurpub.oxfordjournals.org>

Artigo apresentado em 03/10/2015

Aprovado em 08/02/2016

Versão final apresentada em 10/02/2016