

## Debate sobre o artigo de Costa e Silva et al.

Debate on the paper by Costa e Silva et al.

Debate acerca del artículo de Costa e Silva et al.

doi: 10.1590/0102-311XCO020317

### <sup>1</sup> Paula Johns

<sup>1</sup> Aliança de Controle do  
Tabagismo, Rio de Janeiro, Brasil.  
paula.johns@actbr.org.br

O tema proposto pelo artigo é de extrema relevância para ampliar e contribuir com o debate sobre governança em saúde pública, tanto em nível nacional como internacional. A resposta ao enunciado que se coloca como interrogação sobre o risco de parcerias público-privadas (PPP) na saúde pública é que não só pode, como este risco deve, ser classificado, analisado e monitorado de forma independente. As categorias de análise propostas para minimizar os riscos de potenciais conflitos de interesses nas PPPs, divididas entre parcerias impossíveis, possíveis com ressalvas e possíveis, são extremamente válidas, porém, a estas devemos agregar outros elementos de análise importantes, como por exemplo os riscos da associação de marcas e empresas com a autoridade e credibilidade de governos nacionais, academia e de mecanismos intergovernamentais de formulação de políticas e recomendações.

O exemplo do tabaco é um caso emblemático que, para além dos aspectos já bem problematizados e explicitados no artigo, traz luz ao histórico de atuação de uma empresa em que até mesmo uma parceria numa área que poderia ser de interesse mútuo entre empresa privada e interesse público (como, por exemplo, no trabalho conjunto entre a indústria do tabaco e o governo no combate ao mercado ilegal de produtos do tabaco) não é justificadamente aceitável pela comunidade de saúde pública global, e se tornou objeto de restrição/exclusão explícita evidenciado por meio do Artigo 5.3 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde (CQCT-OMS).

Quais foram os motivos históricos que levaram a essa restrição total de relacionamento e/ou parceria com uma indústria que produz um produto que, apesar de incontestavelmente nocivo, não é ilegal? Uma das razões importantes para o tabaco chegar ao grau de restrição imposto pela CQCT-OMS foi a constatação, em parte desnudada com base em exposição de documentos secretos da indústria do tabaco por meio de ação judicial iniciada nos Estados Unidos, de que as práticas e políticas da indústria do tabaco tinham como principal propósito minar os objetivos de redução do consumo de seus produtos, pois isto afetaria seus lucros. Este é um fato histórico fundamental para que se tenha chegado a um consenso majoritário de que qualquer tipo de parceria com a indústria do tabaco é diametralmente oposto aos interesses de saúde pública. Ademais, o comportamento antiético da indústria do tabaco é tema amplamente documentado e estudado.

Nesta linha de raciocínio, agregaria ao estudo, dividido por categoria *possíveis, possíveis com ressalvas ou impossíveis* proposta pelo artigo a análise dos três Ps (produto, práticas e políticas) <sup>1</sup> para identificar padrões de comportamento nas práticas e políticas das indústrias de alimentos ultraprocessados que, com base em uma análise mais cuidadosa e crítica, pouco diferem das práticas e políticas da indústria do tabaco. Naturalmente, é desejável e necessário que se trabalhe com a perspectiva de redução de teores nocivos de açúcar, sal, sódio, gorduras trans e/ou outros aditivos nocivos nos alimentos ultraprocessados. No entanto, não é necessário que se trabalhe esse tema por meio de uma PPP, pois os resultados são mais efetivos quando feitos por intermédio de regulação.

No contexto atual, governos e, por consequência, seus órgãos representativos globais, como a OMS, estão cada vez mais vulneráveis às influências de grandes corporações e conglomerados econômicos cujo capital é maior do que o PIB de grande parte de seus países membros. Se por um lado a experiência da negociação da CQCT-OMS serviu como modelo e inspiração para a comunidade



global de saúde pública em relação aos desafios associados aos outros fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis (alimentação inadequada, consumo excessivo de álcool e sedentarismo), também serviu para que estas indústrias, em especial a do álcool e de alimentos ultraprocessados, agissem para evitar que uma regra de exclusão atingisse o seu negócio.

Na comparação entre produtos de tabaco e produtos alimentícios ultraprocessados pode-se fazer um paralelo interessante entre o artigo 9 da CQCT-OMS (regulamentação do conteúdo dos produtos de tabaco) e os acordos voluntários com a indústria de ultraprocessados para a redução de conteúdos nocivos (sódio, sal, açúcar, gordura trans etc.). Os produtos comestíveis ultraprocessados são, em última instância, supérfluos e corresponsáveis pela interferência em sistemas alimentares tradicionais e pela consequente transição do padrão alimentar de consumo de alimentos in natura e/ou minimamente processados e preparações culinárias para a participação crescente destes alimentos na dieta de vários países. A consequência é o aumento da obesidade, conforme Moodie et al. <sup>2</sup>, referência utilizada no artigo em análise.

É importante ressaltar que embora a Finlândia seja um case de sucesso de parceria, trata-se de um contexto social específico em outro momento histórico, e no caso da alimentação existem outras variáveis que tornam mais complexas a exportação de soluções vindas de países do hemisfério norte para países onde ainda prevalecem culturas alimentares não tão dependentes de alimentos ultraprocessados e que ainda não aplicam de forma satisfatória regulação em relação à publicidade infantil, por exemplo. Essa situação poderia ser comparável ao atual tema em debate sobre os cigarros eletrônicos, apresentados como uma solução boa para o Reino Unido, mas não necessariamente aplicável aos países do Hemisfério Sul.

Existem evidências de que acordos voluntários e/ou parcerias são menos eficazes do que medidas mandatórias. Ademais, na proposta de inserir a indústria de alimentos ultraprocessados na categoria de parcerias possíveis com ressalvas está embutido um risco de associação de imagem e de compra de boa vontade política que não deve ser minimizado. O sentido de parceria é distinto do sentido de negociação com empresas em relação a prazos e metas para a implantação de uma política determinada por atores cujo objetivo final é a proteção da saúde.

Um estudo da Austrália demonstra que redução de sal funciona 20 vezes melhor quando é mandatória (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/21041840/>) No Brasil, análise independente demonstra que as metas estão muito aquém dos valores médios de sódio dos produtos já no mercado (<http://www.idec.org.br/o-idec/sala-de-imprensa/release/pesquisa-do-idec-aponta-que-acordo-para-reduco-do-sodio-no-muda-a-quantidade-de-sal-nos-alimentos>), outros estudos demonstram que acordos voluntários na área de publicidade não são eficazes ([http://www.unscn.org/files/Publications/SCN\\_News/SCNNEWS39\\_10.01\\_low\\_def.pdf](http://www.unscn.org/files/Publications/SCN_News/SCNNEWS39_10.01_low_def.pdf)). Portanto, não temos evidências suficientes para crer que devemos optar por parcerias com a indústria de alimentos ultraprocessados para reverter a tendência atual da epidemia da obesidade.

Outro problema é a questão mais subjetiva e sutil do desenvolvimento de relações interpessoais no espaço de negociação e definição de políticas públicas. Ao disponibilizar equipes técnicas do Ministério da Saúde para formatar parcerias com indústrias que são a causa do problema que se busca combater, cria-se um canal de comunicação privilegiado entre os parceiros na iniciativa, que muitas vezes inexistente até mesmo para as organizações da sociedade civil, que por sua vez têm um objetivo estatutário de defesa do interesse público mais próximo aos objetivos do governo do que dos objetivos de empresas.

Retomando o exemplo do tabaco e da CQCT-OMS, a maior parte dos esforços foi investida em medidas de redução da demanda pelo consumo por meio da regulação do ambiente (espaços livres de fumo), da promoção, publicidade e patrocínio, da rotulagem (imagens de advertência) e aumento de taxaço. A reformulação do produto (proibição de aditivos), embora estudada por intermédio de grupo de trabalho da OMS, não foi escolhida como ação prioritária, pois o objetivo é a redução da demanda. Portanto, se o problema da obesidade é causado pela transição de padrões e culturas alimentares que vem sendo substituída por um percentual crescente de consumo de ultraprocessados, os elementos prioritários para alcançar este objetivo devem ser similares aos utilizados pelo tabaco.

Parabéns às autoras por promover este debate fundamental, em especial no momento atual com a adoção do FENSA – Framework of Engagement with Non-state Actors, na 69ª Assembleia Mundial da Saúde, que vai requerer análises cuidadosas e minuciosas sobre como será implantado.

- 
1. Gomes FS. Conflitos de interesse em alimentação e nutrição. *Cad Saúde Pública* 2015; 31:2039-46.
  2. Moodie R, Stuckler D, Monteiro C, Sheron N, Neal B, Thamarangsi T, et al. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *Lancet* 2013; 381:670-9.