

Políticas de promoção da saúde e potenciais conflitos de interesses que envolvem o setor privado comercial

Health promotion policies and potential conflicts of interest involving the commercial private sector

Luciene Burlandy¹

Veruska Prado Alexandre²

Fabio da Silva Gomes³

Inês Rugani Ribeiro de Castro⁴

Patrícia Camacho Dias¹

Patrícia Henriques¹

Camila Maranhã Paes de Carvalho⁵

Paulo Cesar Pereira de Castro Júnior⁶

Abstract *This study analyzed potential conflicts of interest regarding the commercial private sector and health promotion policies, particularly their interface with the food and nutrition field in Brazil. The paper addresses the influence of international ideas in this process. The study analyzed the two separate publications of the Brazilian National Health Promotion Policy – of 2006, and of 2014 – and the international agreements that supported them. The method used was analysis of documents, with a categorization into the following dimensions and categories: In the dimension of the Ideas of health promotion, the focus items were the principles and the strategies proposed; In the dimension of conflicts of interest, these aspects were identified: the approach in the documents, relationships with the commercial private sector, and proposals referred to as ‘public-private partnerships’. It was concluded that these policies still adopt a fragile approach in terms of conflict of interest. The debate is de-politicized when the asymmetries of power between the sectors involved in the public-private relationships are not made explicit, or when the practices of the commercial private sector that harm objectives, principles and values of health promotion policies are left out of account.*

Key words *Conflict of interest, Public health policies, Nutrition programs and policies, Public sector, Public-private partnerships*

Resumo *O estudo analisou os potenciais conflitos de interesses (CDI) que envolvem o setor privado comercial no âmbito das políticas de promoção da saúde (PS), especialmente em sua interface com o campo da alimentação e nutrição no Brasil. Consideraram-se as influências do ideário internacional nesse processo e, para tal, foram analisadas as duas edições da Política Nacional de Promoção da Saúde (2006 e 2014) e os pactos internacionais que as subsidiaram. O estudo pautou-se em método de análise documental, considerando as seguintes dimensões e categorias de análise: na dimensão do ideário da PS foram identificados os enfoques, os princípios e as estratégias propostos; na dimensão dos CDI foram identificadas a abordagem do tema nos documentos, as relações com o setor privado comercial, e as propostas denominadas “parcerias público-privado”. Concluiu-se que a abordagem de CDI ainda é frágil nessas políticas. O debate é despolitizado quando não são explicitadas as assimetrias de poder entre os setores envolvidos nas relações público-privado, ou quando são desconsideradas as práticas do setor privado comercial que ferem objetivos, princípios e valores das políticas de PS.*

Palavras-chave *Conflito de interesses, Políticas públicas de saúde, Programas e políticas de alimentação e nutrição, Setor público, Parcerias público-privadas*

¹ Faculdade de Nutrição, Universidade Federal Fluminense. R. Mario Santos Braga 30/4º, Centro. 24020-140 Niterói RJ Brasil. veruska.prado@gmail.com

² Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Goiás. Goiânia GO Brasil.

³ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro RJ Brasil.

⁴ Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

⁵ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

⁶ Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

A análise de políticas de saúde e nutrição, tanto no cenário internacional¹⁻⁷ quanto no nacional⁸⁻¹², indica como potenciais conflitos de interesses (CDI) podem afetar o desenho e o curso de implementação das ações governamentais.

Essas ações mobilizam um volume expressivo de recursos públicos e envolvem interesses econômicos de larga escala. Portanto, os conflitos em torno da apropriação desses recursos podem atravessar todo o processo político. Disputam-se os próprios termos das políticas no que se refere: às concepções sobre os problemas; às justificativas para instituir certas medidas e não outras, dentre outros⁸⁻¹².

Nesse contexto, os CDI que envolvem interesses do setor privado comercial merecem destaque, seja pela crescente influência de corporações transnacionais no processo político, seja porque práticas (e.g. estratégias mercadológicas de estímulo irrestrito à compra e consumo) e produtos (e.g. ultraprocessados e agrotóxicos) desse setor vêm sendo associados ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e aos seus fatores de risco^{5-7,10,13}.

Dentre o conjunto de políticas de saúde que podem afetar esse quadro, as estratégias de promoção da saúde (PS) assumem particular relevância ao sinalizarem como possível solução para os problemas de saúde os pactos que envolvem o setor privado comercial. A análise de potenciais CDI pode ampliar a compreensão das disputas políticas nesse campo e indicar implicações para o alcance dos objetivos de saúde.

Em âmbito internacional, o ideário da PS vem sendo fomentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde a década de 1970 e difundido por um conjunto de eventos e documentos, como as Conferências Globais e as Cartas políticas de PS, que influenciaram a ação governamental em vários países^{14,15}. No Brasil, as duas edições da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS)^{16,17} dialogam com esse ideário.

Ainda que a concepção de PS não seja unívoca^{14,18,19}, a abordagem da saúde em todas as políticas sinaliza que as relações entre a saúde, o bem-estar, a equidade e o desenvolvimento econômico devem ser contempladas na agenda pública por meio de novos pactos políticos entre setores governamentais e “não governamentais”^{20,21}.

No entanto, o processo político subjacente à construção dessas políticas e pactos não é isento de CDI de diferentes naturezas, especialmente quando se trata de articular as ações de PS com

crescimento/desenvolvimento econômico. Nesse contexto, os interesses dos setores governamentais, da sociedade civil e do setor privado comercial (que em si são heterogêneos e marcados por conflitos internos) estão em constante disputa, ainda que possam convergir em situações específicas.

Diante da relevância desse debate, o estudo analisou os potenciais CDI que envolvem o setor privado comercial no âmbito das políticas nacionais e pactos internacionais de PS, com destaque para os temas da alimentação e nutrição (AN). Foram identificados os enfoques, os princípios, os valores, as estratégias e a abordagem de CDI nessas políticas.

Referencial teórico e métodos

O conceito de CDI vem sendo amplamente problematizado na literatura internacional, ainda que seja reduzido o número de estudos que abordam essa temática no âmbito da AN²². No Brasil, a Lei Nº 12.813, de 16/5/2013²³, e a Portaria Interministerial Nº 333, de 19/09/2013²⁴, caracterizam CDI como ... *a situação gerada pelo confronto entre interesses públicos e privados, que pode comprometer o interesse coletivo ou influenciar, de maneira imprópria, o desempenho da função pública.*

A esfera da ação pública ultrapassa as fronteiras dos aparatos estatais e das políticas governamentais e são múltiplas as redes de políticas e os interesses que conectam o setor privado comercial com organizações societárias e governos. Dessa forma, o debate sobre CDI abarca um leque amplo de questões em torno da definição de interesse público e privado; das (im)possibilidades de que esses setores sejam tratados de forma tão distinta e dual (dada a privatização do público e os diferentes tipos de interesses que atravessam os governos); das distinções do setor privado (com ou sem fins lucrativos; filantrópico; comercial) e, conseqüentemente, do que se denomina de CDI^{11,22}. Para evitar reducionismos analíticos decorrentes dessas categorizações, coletivos políticos sugerem que a análise de CDI deva considerar se os produtos, as práticas e as políticas institucionais desses setores ferem interesses, objetivos e princípios que orientam as ações e as políticas públicas construídas em cada contexto geopolítico-territorial^{22,25}.

Com base nesses referenciais, o estudo pauteou-se no método de análise documental²⁶ e na concepção de documentos como práticas discursivas (construídas numa dada situação, tem-

po e espaço) e estratégias de poder que indicam acordos possíveis num dado contexto de disputas de interesses e concepções. O discurso neles formalizado é uma prática social, pois não apenas apresenta ideias ou representações sobre a realidade, mas institui processos e configura a própria realidade por meio da produção de sentidos^{27,28}. Considerando a indissociabilidade entre discurso e prática, Griggs e Howarth²⁹ propõem que os estudos nesse campo problematizem os regimes de práticas num dado contexto, as distintas formas como uma questão é abordada e como esses regimes possibilitam a inclusão e a exclusão de determinados sujeitos políticos e questões. Além disso, destacam que a análise deve considerar as condições de produção e as lógicas do discurso, incluindo a identificação de narrativas que mascaram e naturalizam as relações de poder, ao tratarem questões que são socialmente construídas como se fossem “naturais” ou “dadas”²⁹. Referenciada nessas concepções, a análise dos documentos foi organizada a partir das seguintes dimensões e categorias: (1) na dimensão do ideário da PS, foram problematizados os enfoques de PS, os princípios, os valores, as diretrizes e as estratégias propostos nas políticas; (2) na dimensão do CDI, considerou-se a abordagem dada ao tema, por meio da análise das relações com o setor privado comercial e das propostas denominadas “parcerias público privado” (PPP).

Foram analisados documentos internacionais que historicamente difundiram o ideário da PS desde a década de 1970 e políticas nacionais que formalizaram propostas para o cenário brasileiro: o Relatório de Lalonde³⁰, a Declaração de Alma Ata³¹, os documentos finais das Conferências Globais de Promoção da Saúde – Carta de Ottawa, Declarações de Adelaide, de Sundsvall, de Jacarta, da Cidade do México³² – Carta de Bangkok³³, Declaração de Nairobi³⁴ e de Helsinque³⁵, as declarações regionais de Santafé de Bogotá³⁶ e do Caribe³⁷ e as duas edições da Política Nacional de Promoção da Saúde^{16,17}.

Resultados e discussão

Diferentes enfoques de promoção da saúde

Uma primeira abordagem de PS identificada refere-se às propostas que enfatizam mudanças comportamentais individuais, a exemplo do Relatório Lalonde de 1974, que marca os primórdios das propostas de PS no Canadá³⁰. Tal perspectiva pressupõe que os indivíduos deveriam

assumir responsabilidades sobre os efeitos deletérios dos seus hábitos e estilos de vida¹⁴.

Outro enfoque, já presente na primeira conferência internacional de PS em Ottawa 1986³² e na Declaração de Alma Ata³¹, enfatiza ações voltadas para: transformar os “determinantes sociais do processo saúde doença”; criar ambientes saudáveis e reorientar os serviços de saúde. Esses elementos configuram a chamada “abordagem socioambiental” da PS, que dialoga com o conceito ampliado de saúde como resultante de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, incluindo AN^{15,32}. Consequentemente, as estratégias propostas vão além dos indicativos de mudança comportamental individualizada. No entanto, mesmo no âmbito dessa abordagem ampliada, é possível identificar duas perspectivas com ênfases distintas: uma, que se aproxima da lógica preventivista, sustentada nos modelos epidemiológicos de fatores de risco e prevenção de doenças específicas; outra, baseada na positividade da saúde e na construção de contextos de vida saudáveis^{18,19}. Os textos das políticas nacionais de PS representam um exemplo de como estas duas lógicas coexistem, pois tratam de doenças ou agravos específicos e trazem um enfoque mais amplo do processo saúde doença, especialmente a PNaPS 2014¹⁷.

A polarização entre essas diferentes perspectivas despolitiza o debate, uma vez que a PS, apesar de não se restringir à esfera individual, não pode desconsiderar sua importância¹⁹. Portanto, não se trata de reiterar as dicotomias clássicas entre abordagens individualizadas e socioambientais, mas de reconhecer como as diferentes propostas contribuem para a compreensão de CDI.

O ideário da PS e as políticas dele decorrentes vêm suscitando opiniões díspares e até antagônicas no debate acadêmico entre os que os consideram transformadores ou conservadores do *status quo* sanitário (marcado por iniquidades de diferentes tipos, inclusive de poder). Esse antagonismo pode indicar o caráter ambíguo de certas premissas, a despolitização de alguns debates ou o não aprofundamento de temas como a relação entre capitalismo e saúde¹⁴. A PNaPS 2014¹⁷ parece avançar neste aspecto ao, por exemplo, analisar temas como modo de consumo e produção sob a ótica do desenvolvimento sustentável.

Principais estratégias, valores e princípios das políticas

As ações propostas nas políticas nacionais de PS^{16,17} estão pautadas em dados epidemiológicos

utilizados na análise dos “determinantes sociais da saúde”. A prevalência das DCNT é correlacionada com: o atual perfil alimentar e de atividade física; o uso de álcool e de tabaco, o sobrepeso e a obesidade.

Na PNaPS 2006¹⁶, as ações específicas destacadas para o alcance da PS e diretamente relacionadas com as DCNT são: a alimentação saudável; a prática corporal/atividade física; a prevenção e o controle do tabagismo; a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas. Podem-se identificar distinções na edição de 2014 da PNaPS, tais como: a adoção de uma lógica de “temas prioritários”; a inclusão do tema da educação permanente e, ainda, a reconfiguração de termos. Enquanto que a PNaPS 2006 utilizava o termo “prevenção” com enfoque na doença, a PNaPS 2014 utiliza outros, como promover hábitos saudáveis, articular e mobilizar. Além disto, explicita os valores fundantes da política, quais sejam: solidariedade, felicidade, ética, humanização, respeito à diversidade, corresponsabilidade, justiça social e inclusão social¹⁷.

A PNaPS 2014 enuncia como tema prioritário a alimentação adequada e saudável (AAS), concepção originada no âmbito dos debates sobre Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e descrita na Política Nacional de SAN (PNSAN). Refere-se à adequação da alimentação numa perspectiva ampliada, não apenas biológica, mas cultural, social, econômica e ambiental³⁸. A adoção dessa nova terminologia, em detrimento de apenas “alimentação saudável” utilizada na PNaPS 2006, consolida um enfoque já presente nessa primeira versão da PNaPS, vinculando ações de promoção da alimentação saudável à SAN e ao Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Além disso, aproxima conceitualmente a PNaPS 2014 de outras políticas como a PNSAN³⁸, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)³⁹ e, ainda, o Guia Alimentar para a População Brasileira 2014⁴⁰.

A PNaPS 2014¹⁷, assim como a PNAN³⁹ e a PNSAN³⁸, propõe ações de ampliação da oferta e do acesso à AAS, regulamentação da propaganda e da oferta de alimentos em escolas, locais de trabalho, dentre outros, além de estratégias educativas. As diferentes ênfases dadas aos fatores condicionantes remetem a diversos tipos de medidas. Se a ênfase recai na dimensão “socioambiental”, as ações propostas visam alterá-la; por outro lado, se é concentrada nas escolhas individuais, a perspectiva é modificar práticas, particularmente por meio do acesso à informação. Ainda que sejam igualmente relevantes, estes distintos enfo-

ques têm implicações diferenciadas para o debate sobre CDI. A ênfase nas decisões individuais em torno dos perfis de consumo pode, por exemplo, desconsiderar a análise da forte influência que as práticas mercadológicas (incluindo as diversas formas de propaganda e *marketing* de produtos alimentícios) e as estratégias comerciais exercem sobre o consumo. Por outro lado, não há como promover a SAN, reduzir a pobreza, garantir o DHAA, em consonância com os princípios e valores que balizam as respectivas políticas, sem evidenciar os efeitos dessas estratégias desde a produção até o consumo de alimentos e sem regulá-las.

As práticas do setor privado comercial referem-se tanto às atividades “fim” (vender produtos e estimular seu consumo) quanto às práticas políticas, como o bloqueio a medidas governamentais que ferem diretamente seus interesses. Em razão do poder político e econômico que detém, esse setor tem sido capaz de reter avanços, especialmente, nas medidas de natureza regulatória, e de impedir a aprovação de legislações, de postergar sua implementação ou de fazer retroceder medidas já implementadas. Alguns exemplos destes embargos são a derrota do poder público, ocorrida em 2010, em sua iniciativa de regulação da publicidade de alimentos e bebidas não saudáveis¹², a ameaça de retrocesso na rotulagem de alimentos transgênicos, oriunda do Projeto de Lei 34/2015 que visa liberar os produtores de alimentos de informar ao consumidor sobre a presença de componentes transgênicos quando estiverem em porcentagem inferior a 1% da composição total do produto alimentício⁴¹ e a timidez do poder público na regulação do uso abusivo de agrotóxicos, como no caso do Programa Nacional para Redução do Uso de Agrotóxicos, que tem como um dos principais objetivos ampliar e fortalecer a produção de produtos orgânicos e de base agroecológica e reduzir o uso de veneno nas plantações, cuja formulação foi concluída em 2014, mas até o momento não foi lançado⁴². Essas situações sinalizam a dificuldade de regular e modificar os “condicionantes socioambientais” das práticas alimentares.

Documentos governamentais ressaltam a importância das medidas regulatórias para o enfrentamento das DCNT e para a promoção da SAN^{43,44}. Contudo, as barreiras para sua concretização são inúmeras, pois repercutem nos interesses políticos e econômicos de instituições, dentro e fora do governo, que sobrepõem os interesses financeiros aos objetivos e prioridades pautados nas próprias políticas de governo.

As práticas do setor privado com suposta convergência com as políticas públicas referem-se: à prestação de serviços para os governos; aos acordos voluntários (que, em geral, estabelecem metas bem flexíveis ou já atingidas); às parcerias para campanhas educativas, dentre outros. Tais tipos de relação nem sempre são reconhecidos como uma interferência do setor privado comercial que diverge ou obstaculiza os interesses e missões dos governos. Portanto, é nesse conjunto de práticas que o CDI se coloca de forma mais evidente, porque há um interesse do setor privado comercial em limitar as ações dos governos a medidas desse tipo e com isso posicionar-se como “parceiro” do poder público. Nesse caso, são desconsiderados pelos governos o conjunto de práticas, produtos e políticas institucionais desse setor, que ferem os princípios e os objetivos das políticas públicas e que podem comprometer o interesse coletivo ou influenciar, de maneira imprópria, o desempenho da função pública.

A abordagem dos conflitos de interesses e as relações com o setor privado comercial

Ao analisarem a construção do conceito de PS numa perspectiva histórica, Lopes et al.⁴⁵ indicam de que forma os fóruns e os organismos internacionais que lidam com o tema, incluindo os vinculados às Nações Unidas (ONU), como a OMS, influenciaram os termos das políticas nacionais de saúde no Brasil.

Em documento da ONU que orienta sua relação com outros setores (explicitado pelo termo “parcerias”), o setor privado é definido como “todos os indivíduos, associações, empresas e negócios com fins lucrativos e associações, coalizações, corporações e fundações filantrópicas”⁴⁶. Essa definição não distingue setor privado lucrativo, comercial, ou “não lucrativo”, distinção encontrada em documentos posteriores de instâncias específicas da ONU, como o Comitê Permanente de Nutrição que, em 2006, estabeleceu sua política em relação ao engajamento do setor privado⁴⁷. O documento reconhece que o setor privado apresenta oportunidades e riscos para os objetivos do próprio comitê e apresenta um protocolo de medidas a serem tomadas para que CDI com este setor sejam administrados de forma adequada. Neste documento, o setor privado é definido como aquele que visa lucro, independentemente do porte das empresas e do tipo de propriedade (privada, coletiva, de empregados ou estatal), sejam elas formalmente legalizadas ou não. São consideradas também como integrantes do setor

privado organizações que, mesmo denominadas de “sem fins lucrativos” em suas bases legais, sejam financiadas, prestem serviços ou defendam as causas de organizações com fins lucrativos. O documento explicita que existe CDI quando um interesse secundário e/ou os propósitos de organizações ou de indivíduos influenciam o alcance dos interesses primários do próprio comitê, ou dos termos de seu mandato, ainda, de sua visão institucional que consiste no alcance de um mundo livre da fome e da má nutrição⁴⁷. O Comitê dedicou um número especial de sua revista para abordar as possíveis formas de engajamento dos governos com o setor privado comercial⁴⁸.

No âmbito da prevenção de DCNT, documentos da ONU e da OMS diferenciam a ação do setor denominado de sociedade civil (na prestação de serviços e mobilização política) da participação do setor privado comercial (indústrias e empresas) que se dá, por exemplo, por meio da reformulação de produtos alimentícios (redução do teor de gordura trans, sal, açúcar), de ações de PS, da produção de medicamentos e da garantia de um marketing “responsável”⁴⁹⁻⁵¹.

Em audiência da ONU sobre DCNT ocorrida em 2011, enfatizou-se a necessidade de envolvimento de todos estes setores no processo. Por outro lado, insistiu-se na importância de se esclarecer o papel de cada um para garantir que potenciais CDI fossem administrados de forma apropriada, incluindo o desenvolvimento, pelos países signatários, de protocolos que facilitassem esta análise⁴⁹. A declaração política dessa reunião indicou explicitamente que deve ser reconhecido o fundamental CDI entre a indústria do tabaco e a saúde pública e defendeu, inclusive, que as políticas de saúde pública devem ser protegidas da influência dessa indústria. No entanto, não mencionou o CDI com a indústria de produtos alimentícios e bebidas⁵⁰.

Nos documentos globais de PS, a menção direta ao papel do “setor privado” apareceu pela primeira vez na Declaração de Jacarta (1997), elaborada na quarta conferência de PS, a primeira sediada em um país em desenvolvimento. Esse evento marcou o início da participação oficializada do setor privado nesses fóruns, contando, inclusive, com espaço próprio para elaboração de uma declaração voltada para seus interesses (Declaração de Jakarta sobre o Setor Privado)⁵². As conferências anteriores enfatizaram questões mais relacionadas ao setor público, como a de Adelaide-Austrália, em 1988, cujo tema principal foram as políticas públicas saudáveis³²; a de Sundsvall-Suécia, em 1991, que abordou temas

como ambientes favoráveis à saúde e o fortalecimento da ação social³²; e a Carta do Caribe, em 1993, que destacou as alianças com a mídia, um setor comercial considerado importante pela influência que exerce nos processos políticos³⁷.

A partir de Jacarta, o setor privado tem participado sistematicamente das conferências globais de PS e atuado ativamente na elaboração dos relatórios e das estratégias. A conferência de Bangkok (2005) já reconhece explicitamente a penetração do setor privado na saúde pública. A mais recente conferência realizada em Helsinki (2013) evidencia as relações com todos os setores para o alcance de resultados positivos em saúde, incluindo o setor privado. No entanto, pela primeira vez os governos são demandados a estabelecerem medidas para lidar com CDI para proteger as políticas das distorções, interesses e influências comerciais. Parte dos desafios apontados refere-se ao poder político das empresas e à possibilidade de afetarem a capacidade governamental de proteger e promover a saúde da população. Destacam-se especificamente os interesses de forças econômicas poderosas que resistem em ser reguladas. No documento, a abordagem da saúde em todas as políticas é uma resposta concreta a esses desafios, por seu potencial em fornecer parâmetros de regulação e ferramentas práticas que combinem metas sociais, de saúde e equidade, com desenvolvimento econômico e que abordem CDI com transparência, o que não é suficiente, mas é essencial. Considera-se que essa perspectiva possa facilitar o cuidado das relações entre os setores envolvidos, incluindo o privado, no sentido de proteger políticas, missões e valores contra desvios que os desvirtuem do interesse público, contribuindo positivamente para desfechos de saúde³⁵.

No âmbito das políticas nacionais, a PNaPS 2014 referenda mecanismos que dão visibilidade aos CDI já previstos na PNaPS 2006, como a constituição de seu Comitê Gestor. Seus membros titular e suplente devem declarar a inexistência de CDI com suas atividades no debate dos temas pertinentes a este espaço e, na eventualidade de existência de CDI, deverão abster-se de discutir e deliberar sobre o tema⁵³. O tema de CDI também é tratado nos objetivos específicos da PNaPS, sob o seguinte enunciado **Fomentar discussões sobre os modos de consumo e produção que estejam em conflito de interesses com os princípios e valores da promoção da saúde e que aumentem vulnerabilidades e riscos à saúde**. Este enunciado sugere, por um lado, uma distorção conceitual em relação aos referenciais de CDI e, por outro, uma la-

cuna de critérios mais explícitos para caracterizar situações de CDI, especialmente quando se trata de setores comerciais que podem comprometer os princípios e os valores previstos na política.

As relações entre os setores público e privado denominadas “parcerias”

A noção de atuação integrada de diferentes setores (governamentais, societários, privado comercial) e responsabilização múltipla, seja pelos problemas seja pelas soluções, esteve presente no ideário da PS desde Alma-Ata, ainda que o foco recaísse sobre a ação dos governos³². O termo “parceria” aparece pela primeira vez na declaração de Alma Ata, referindo-se ao apoio mútuo entre os países em prol da atenção primária e do cuidado em saúde³¹. A Carta de Ottawa³² não utiliza o termo, mas sinaliza a mesma ideia por meio da noção de “ações intersetoriais”. A partir de então, as ações intersetoriais e as parcerias tornaram-se pressuposto fundamental para a caracterização de uma ação enquanto promotora da saúde. A declaração de Adelaide menciona que a cooperação deve ocorrer entre os diferentes setores, mas também dentro de uma mesma área³². Por vezes, o termo “setor” refere-se a campos de atuação (saúde, meio ambiente, etc.), mas, até a Conferência de Jacarta (1997), esses setores referiam-se fundamentalmente aos governos. É nesse momento que há uma inflexão importante no sentido de sugerir o setor privado comercial como parceiro nas estratégias de PS. A Carta de Bangkok menciona a formação de alianças entre organizações públicas, privadas, não governamentais e internacionais, bem como com a sociedade civil, para criar ações de PS sustentáveis³³.

Reiterando essa análise, Lopes et al.⁴⁵ identificam que a necessidade de mediação da saúde com outros setores, incluindo a constituição de “parcerias” e “alianças” dos governos com sociedade civil e setor privado, contribuiu para a conformação do conceito de PS. No ideário da PS, o alcance dos objetivos de saúde requer uma ação coordenada de todos os implicados (setores de governo, para além da saúde, meios de comunicação, organizações societárias e setor comercial) e, de igual modo, demanda uma abordagem integrada dos processos de desenvolvimento social e econômico com a saúde.

As ações coordenadas e as abordagens integradas estão intimamente associadas ao princípio da intersetorialidade, cuja operacionalização se dá, conforme os termos utilizados nos documentos nacionais, por meio de novas “parcerias”

e “alianças” com sindicatos, segmentos do comércio, indústria, associações acadêmicas, mídia entre outros⁴³. A concepção que baliza o debate sobre PS é a de que a intersectorialidade *se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e gestão para objetivos comuns*¹⁷. Propõe-se, assim, uma estratégia de convergência que inclui o setor privado comercial⁵⁴. Portanto, a atuação intersectorial é uma questão central para o debate sobre CDI, mas, no âmbito da PS, o tema não vem sendo problematizado sob esse enfoque. Como visto, essa discussão aparece pela primeira vez apenas na Declaração de Helsinki em 2013³⁵.

A PNaPS 2014 pressupõe como papel de todos os níveis de governo **Viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais e não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil, para o fortalecimento da promoção da saúde no País**¹⁷. A possibilidade de articulação com o setor privado comercial aparece de forma mais explícita no tema prioritário da promoção do desenvolvimento sustentável¹⁷. Esse tema se constitui em espaço particularmente complexo, considerando as divergências de concepções e enfoques sobre a relação entre desenvolvimento e saúde⁵⁵.

A interdependência entre saúde e desenvolvimento socioeconômico se destaca como um pressuposto para a PS, tendo sido um tema central em documentos como as declarações regionais de Bogotá³⁶ e do Caribe³⁷, o que implica considerar que os processos econômicos devem condicionar positivamente as condições de vida de modo a favorecerem a saúde e não a doença. Os termos dessas propostas indicam que, se por um lado as bases do desenvolvimento/crescimento econômico podem interferir positiva ou negativamente na saúde da população, esse quadro, por sua vez, pode contribuir, numa via de mão dupla, para o crescimento ou para a estagnação da economia⁵⁶.

Cabe, no âmbito deste estudo, problematizar a própria utilização desses termos nos documentos analisados, à luz das reflexões sobre CDI, considerar o conjunto de empresas que integram o setor privado comercial e analisar em que medida são pautadas pelos mesmos princípios, valores e objetivos de uma política de Estado como a PNaPS^{22,25}.

A responsabilização compartilhada com o setor privado reitera o estabelecimento de “parcerias” na construção de soluções. No entanto, tais parcerias são tratadas como relações entre

entes que a princípio teriam objetivos comuns, princípios e valores compartilhados. Além disso, pressupõem relações horizontais entre sujeitos políticos com forte assimetria de poder.

Na análise das condições de possibilidade e do contexto em que esse discurso foi construído, destaca-se a influência das propostas de retração da ação do Estado, presentes no cenário internacional na década de 1990. É nessa conjuntura que a discussão sobre PPP ganha relevância na ONU, fortemente influenciada pelo Banco Mundial, passando este termo a ser definido como a relação entre participantes estatais e não estatais que concordam em trabalhar juntos para alcançar objetivos comuns. Ao analisar as PPP propostas pela ONU no âmbito da saúde pública global, Velaskes⁵⁷ indica que elas não têm sido efetivas e que os CDI estão presentes nos espaços políticos e comitês consultivos que as definem.

A perspectiva de alcançar objetivos comuns em saúde e nutrição por meio da PPP há que ser problematizada à luz dos efeitos da comercialização de produtos ultraprocessados e de agrotóxicos no aumento das DCNT no Brasil e no mundo^{6,13,58}. Tais empresas vêm contribuindo para um perfil de práticas alimentares e para situações de insegurança alimentar que a PNaPS pretende reverter.

Portanto, questiona-se se há objetivos comuns entre esses “parceiros” e vale sinalizar o elemento contraditório expresso nos documentos que, por um lado, reconhecem que as práticas do setor privado vêm contribuindo negativamente para o quadro de saúde (e, portanto, fazem parte do problema), mas não apontam ações capazes de restringir a atuação destes setores. Paradoxalmente, propõem relações de parceria sem considerar as assimetrias de poder e a incompatibilidade entre valores e práticas e ignoram o fato de que medidas efetivas para reverter esse quadro são inconciliáveis com a lógica e os interesses mercadológicos.

Conclusões

Os documentos analisados não apresentam proposições específicas para lidar com CDI e não aprofundam o tema. No entanto, as diferentes abordagens de PS (individualizada, socioambiental, preventiva e positiva de saúde) identificadas podem sustentar distintas estratégias de ação que têm implicações diferenciadas para o debate sobre CDI. A depender da forma como as ações e as práticas do setor privado comercial são

consideradas nessas propostas, os CDI podem ser mais ou menos evidenciados e, conseqüentemente, tratados de forma mais ou menos politizada. Nos documentos analisados, essa despolitização foi identificada em narrativas que mascaram as relações de poder existentes e omitem assimetrias e interesses antagônicos.

Ao reconhecerem a importância de pactos políticos amplos e parcerias que articulam um leque heterogêneo de instituições e sujeitos políticos, as estratégias de PS podem desencadear composições políticas entre instituições com poder de influência distinto no processo decisório e, principalmente, com vocações, princípios, valores, objetivos e interesses por vezes opostos e inconciliáveis. O debate sobre CDI sofre uma despolitização quando não são explicitadas tais assimetrias e oposições entre aqueles que integram as denominadas PPP, ou quando são desconsideradas as práticas do setor privado comercial que ferem objetivos, princípios e valores das próprias políticas de PS.

A abordagem da PS associada à garantia da SAN, da AAS e do DHAA, presente nas PNaPS, bem como os princípios, os valores e as estraté-

gias que vêm sendo construídos no país nesses respectivos âmbitos de ação política, são incompatíveis com os produtos e as práticas mercadológicas do setor privado comercial. Na perspectiva de CDI, há que se refletir sobre a (im)possibilidade de compartilhamento de poder com esse setor, dados os princípios e os valores estabelecidos pela própria política. As PPP só são possíveis quando os valores e os objetivos que pautam as políticas e o objeto das parcerias convergem com a missão primordial das partes. Do contrário, se tornam inconcebíveis enquanto tal, mesmo que assim sejam nomeadas e se estabelecem como relações com aparência de parceria, mas que são assimétricas e permeadas por CDI.

As políticas analisadas não dispõem de critérios e procedimentos concretos para lidar com situações de CDI no curso da formulação e implementação de ações. Quando os próprios CDI não são reconhecidos de forma transparente, como proposto na Declaração de Helsinki, as relações com setores cujas práticas e produtos ferem os princípios que a própria política estabelece para a PS e para a promoção da AAS serão despolitizadas e naturalizadas.

Colaboradores

L Burlandy participou da concepção, delineamento, coleta, análise, redação e revisão crítica do manuscrito. VP Alexandre, FS Gomes, PC Dias, P Henriques e CMP Carvalho participaram da concepção, da coleta, análise, redação e revisão crítica. IRR Castro participou do delineamento, análise, redação e revisão crítica. PCP Castro Júnior participou da concepção e revisão crítica.

Referências

- McNutt K. Conflict of interest. *J Am Diet Assoc* 1999; (1):29-30.
- Warner TD, Gluck JP. What do we really know about conflicts of interest in biomedical research? *Psychopharmacology* 2003; 171(1):36-46.
- Rothman DJ, McDonald WJ, Berkowitz CD, Chimonas SC, De Angelis CD, Hale RW, Nissen SE, Osborn JE, Scully Junior JH, Thomson GE, Wofsy D. Professional medical associations and their relationships with industry: a proposal for controlling conflict of interest. *J Am Med Assoc* 2009; 301(13):1367-1372.
- Freedhoff Y, Hébert PC. Partnerships between health organizations and the food industry risk derailing public health nutrition. *CMAJ* 2011; 183(3):291-292.
- Stuckler D, MC Kee M, Ebrahim S, Basu S. Manufacturing epidemics: the role of global producers in increased consumption of unhealthy commodities including processed, alcohol and tobacco. *Plos Med* 2012; 9(6):e1001235.
- Moodie R, Stuckler D, Monteiro CA, Sheron N, Neal B, Thamarangsi T, Lincoln T, Casswell S. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *Lancet* 2013; 381(9867):670-679.
- Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsu-vivatwong V, Frenk J, Fukuda-Parr S, Gawanas BP, Giacaman, R, Gyapong J, Leaning J, Marmot M, McNeill D, Mongella G, Moyo N, Møgedal S, Ntsaluba A, Ooms G, Bjertness E, Lie AN, Moon S, Roalkvam S, Sandberg KI, Scheel IB. The political origins of health inequity: prospects for change. *Lancet* 2014; 383(9917):630-667.
- Pinheiro ARO, Carvalho DBP. Estado e mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. *Saúde Soc* 2008; 17(2):170-183.
- Gomes FS, Castro IRR, Monteiro CA. Publicidade de alimentos no Brasil: avanços e desafios. *Cienc. Cult.* [periódico na Internet]. 2010 Out [acessado 2014 set 15]; 62(4):48-51. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252010000400015
- Preza DLC, Augusto LGS. Vulnerabilidades de trabalhadores rurais frente ao uso de agrotóxicos na produção de hortaliças em região do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde ocup* [periódico na Internet]. 2012 Jan-Jul [acessado 2015 mar 21]; 37(125):89-98. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572012000100012>
- Burlandy L, Gomes FS, Carvalho CM, Dias PC, Henriques P. Intersetorialidade e potenciais conflitos de interesses entre governos e setor privado comercial no âmbito das ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis. *Vigil Sanit Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia* 2014; (2):124-129.
- Henriques P, Dias PC, Burlandy L. A regulamentação da propaganda de alimentos no Brasil: convergências e conflitos de interesses. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(6):1219-1228.
- Carneiro FF, Augusto LGS, Rigotto RM, Friedrich K, Búrigo AC. *Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*. Rio de Janeiro, São Paulo: EPSJV, Expressão Popular; 2015.
- Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):669-678.
- Silva KL, Sena RR, Akerman M, Belga SMM, Rodrigues AT. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Cien Saude Colet* 2014; 19(1):4361-4370.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: MS; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.446, de 11 de Novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União* 2014; 12 nov.
- Ferreira Neto JL, Kind L, Resende MCC, Colen NS. Processos da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Cad Saude Publica* 2013; 29(10):1997-2007.
- Silva PFA, Baptista TWF. Os sentidos e disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Physis* 2014; 24(2):441-465.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). *Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas: no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar*. 2010. [acessado 2015 nov 2]. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/portuguese_adelaide_statement_for_web.pdf
- World Health Organization (WHO). *The Helsinki Statement on Health in All Policies*. Helsinki, 2013. [acessado 2015 nov 2]. Disponível em: http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf
- Gomes FS. Conflito de interesse em alimentação e nutrição. *Cad Saude Publica* 2015; 31(10):2039-2046.
- Brasil. Lei nº 12.183, de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre o conflito de interesses no exercício de cargo ou emprego do Poder Executivo federal e impedimentos posteriores ao exercício do cargo ou emprego e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 17 maio.
- Brasil. Portaria Interministerial nº 333, de 19 de setembro de 2013. Disciplina a consulta sobre a existência de conflito de interesses e o pedido de autorização para o exercício de atividade privada por servidor ou empregado público do Poder Executivo Federal. *Diário Oficial da União* 2013; 20 set.
- Castro IRR. Relação público-privado, conflito de interesses e a agenda regulatória para a consolidação da democracia. *Ensaio e Diálogos em Saúde Coletiva* 2015; 1:74-80.
- Cellard A. Análise documental. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires A. *A pesquisa qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 295-316.
- Spink MJ, Menegon VM. Práticas discursivas como estratégia de governamentalidade: a linguagem dos riscos em documentos de domínio público. In: Iniguez L, organizador. *Manual de análise do discurso em ciências sociais*. Petrópolis: Vozes; 2005. p. 312.
- Freeman R, Maybin JO. Documents, practices and policy. *Evid Policy* 2011; 7(2):155-170.
- Griggs S, Howarth D. Discourse and practice: using the power of well-being. *Evid Policy* 2011; 7(2):213-226.
- Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. 1974. [acessado 2015 nov 2]. Disponível em: <http://www.hcsc.gc.ca/hppb/phdd/pdf/perspective.pdf>

31. World Health Organization (WHO). *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12. 1978.* [acessado 2015 nov 2]. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. *Projeto promoção da saúde. As cartas da promoção da saúde.* Brasília: MS; 2002.
33. World Health Organization (WHO). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World.* Bangkok, Thailand, August 2005. [acessado 2015 nov 2]. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_BCHP.pdf?ua=1
34. World Health Organization (WHO). *Nairobi Call for Action. Nairobi,* 2009. [acessado 2015 nov 2]. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf?ua=1
35. World Health Organization (WHO). *The Helsinki Statement on Health in All Policies. Helsinki,* 2013 [acessado 2015 nov 2]. Disponível em: http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf
36. World Health Organization (WHO). *Declaration of the International Conference on Health Promotion.* Santafé de Bogotá, Colombia, 1992. [acessado 2015 nov 2] Disponível em: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/declarationBogota.pdf>
37. Pan American Health Organization (PAHO), World Health Organization (WHO), Caribbean Community. *Caribbean Charter for Health Promotion.* Port-of-Spain, Trinidad, 1993. [acessado 2015 nov 2] Disponível em: <http://www.healthcaribbean.org/publications/documents/cchp.pdf>
38. Brasil. Presidência da República. Decreto 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2010; 26 ago.
39. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição.* Brasília: MS; 2012.
40. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira.* 2ª ed. Brasília: MS; 2014.
41. Brasil. Senado Federal. *Projeto de Lei da Câmara nº 34, de 2015.* [acessado 2016 jan 26]. Disponível em: <http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/120996>
42. Brasil. Presidência da República. *Comissão nacional de agroecologia e produção orgânica. Programa Nacional de Redução de Agrotóxicos.* 2014. [acessado 2016 jan 26]. Disponível em: <http://www.agroecologia.org.br/files/importedmedia/pronara-programa-nacional-de-reducao-de-agrotoxicos-aprovado-por-merito-na-cnapo-em-agosto-de-2014.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.
44. Brasil. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN). *Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios.* Brasília: CAISAN; 2014.
45. Lopes MSV, Saraiva KRO, Fernandes AFC, Ximenes LB. Análise do conceito de promoção da saúde. *Texto Contexto Enferm* 2010; 19(3):461-468.
46. United Nations (UN). *Cooperation between the United Nations and all relevant partners, in particular the private sector.* Report of the Secretary-General to the General Assembly. Item 39 of the provisional agenda: Towards global partnerships. UN Doc. A/56/323. New York, 28 August, 2001.
47. United Nations (UN). *Standing Committee on Nutrition (SCN). SCN Private Sector Engagement Policy.* Geneva, March 2006. [acessado 2016 jan 26]. Disponível em: http://www.unscn.org/files/Structure/SCN_and_the_Private_Sector/SCN_Private_Sector_Engagement_Policy.pdf
48. United Nations (UN). *SCN News. Nutrition and Business. How to Engage.* 39(1). Genève: UN/SCN, 2011.
49. United Nations (UN). *Summary of the informal interactive hearing with representatives of nongovernmental organizations, civil society organizations, academia and the private sector, to provide an input to preparatory process of the 2011 High-level Meeting on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases.* Washington: UN; 2011.
50. United Nations (UN). General Assembly. *Political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases.* Washington: UN; 2011.
51. World Health Organization (WHO). *Global status report on non communicable diseases 2010.* Geneva: WHO; 2011.
52. World Health Organization (WHO). *Jakarta Statement on the Private Sector.* [acessado 2015 nov 2]. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/statements/private_sector/en/
53. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 1.409, de 13 de junho de 2007. Institui Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União* 2007; 14 jun.
54. Malta DC, Gosch CS, Buss P, Rocha DG, Rezende R, Freitas PC, Akerman M. Doenças crônicas Não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4341-4350.
55. Nogueira RP. *Perspectivas Críticas acerca da Relação entre Saúde e Desenvolvimento com Foco nos Países Bric.* Porto Alegre: *Análise Econômica* 2012; 30:75-95.
56. Marcondes WB. A convergência de referências na promoção da saúde. *Saúde Soc* 2004; 13(1):5-13.
57. Velaskes G. Public-private partnerships in global health: putting business before health? *South Centre.* Genève: WHO; 2014. Research Papers 49.
58. Louzada MLC, Baraldi LG, Steele EM, Martins APB, Canella DS, Claude-Moubarac JL, Bertazzi R, Cannon G, Afshin A, Imamura F, Mozaffarian D, Monteiro CA. Consumption of ultra-processed foods and obesity in Brazilian adolescents and adults. *Prev Med* 2015; 81:9-15.

Artigo apresentado em 05/02/2016

Aprovado em 14/03/2016

Versão final apresentada em 16/03/2016