|  |  |
| --- | --- |
| ONU | **A**/HRC/26/31 |
| **Assembleia Geral** | Distribuição: Geral, 1º de abril de 2014  Original: Inglês |

**Conselho de Direitos Humanos**

**26ª sessão**

Item 3 da Agenda

Promoção e proteção de todos os direitos humanos, civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, incluindo o direito ao desenvolvimento

**Relatório do Relator Especial sobre o direito de todos à fruição dos mais elevados padrões de saúde física e mental**

**Alimentos pouco saudáveis, doenças não transmissíveis (DNTs) e direito à saúde**

|  |
| --- |
| *Resumo*  No relatório apresentado ao Conselho de Direitos Humanos segundo a resolução 24/6, o Relator Especial sobre o direito de todos ao usufruto dos mais elevados padrões de saúde física e mental estabelece links entre alimentos pouco saudáveis e doenças não transmissíveis (DNTs) relacionadas com a dieta. O Relator Especial destaca a necessidade urgente para que os Estados abordem mudanças estruturais no contexto alimentar que prejudica o exercício do direito dos indivíduos a alimentos adequados e nutritivos – um fator subjacente ao direito à saúde. O comércio global, o aumento dos investimentos estrangeiros diretos (FDI, em inglês) no setor de alimentos e a publicidade generalizada de alimentos pouco saudáveis fizeram aumentar o consumo de alimentos pouco saudáveis, o que foi associado com DNTs relacionadas com a dieta.  O Relator Especial descreve uma série de políticas para aumentar a disponibilidade e acessibilidade de opções de alimentos mais saudáveis, inclusive por meio de políticas fiscais e regulamentação da publicidade e promoção de alimentos pouco saudáveis, assim como pelo aumento de informações e conscientização sobre os riscos à saúde ocasionados por alimentos pouco saudáveis. O Relator observa as obrigações dos Estados de garantir respeito, proteção e exercício do direito à saúde e aponta as responsabilidades da indústria de alimentos de se abster de produzir, comercializar e promover alimentos pouco saudáveis. O Relator também ressalta a necessidade de vários mecanismos de responsabilização e correção pelos quais os indivíduos podem buscar reparar violações ao direito à saúde e destaca a importância de assistência e cooperação internacional na prevenção e redução do crescente ônus das DNTs relacionadas com a dieta.  O Relator Especial conclui o relatório com uma série de recomendações orientadas para os Estados e para a indústria de alimentos, para que tomem medidas concretas para reduzir a produção e consumo de alimentos pouco saudáveis e aumentem a disponibilidade e acessibilidade de alternativas de alimentos mais saudáveis. |

Sumário

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Parágrafos | Página |
| I. | Introdução |  | 1–4 | 4 |
| II. | Impacto da globalização sobre os sistemas alimentares |  | 5–9 | 5 |
| III. | Promoção e publicidade de alimentos pouco saudáveis |  | 10–11 | 7 |
| IV. | Obrigações do Estado de respeitar, proteger e proporcionar o direito à saúde |  | 12–27 | 7 |
|  | A. Informação e conscientização |  | 17–18 | 8 |
|  | B. Políticas fiscais |  | 19–21 | 9 |
|  | C. Políticas sobre a publicidade e promoção de alimentos pouco saudáveis |  | 22–25 | 10 |
|  | D. Políticas sobre investimentos estrangeiros diretos |  | 26–27 | 11 |
| V. | Responsabilidades da indústria de alimentos e bebidas |  | 28–32 | 11 |
| VI. | Grupos vulneráveis |  | 33–46 | 13 |
|  | A. Crianças |  | 34–38 | 13 |
|  | B. Mulheres |  | 39–41 | 15 |
|  | C. Grupos de baixa renda |  | 42–46 | 15 |
| VII. | Participação |  | 47–49 | 16 |
| VIII. | Responsabilização e recursos |  | 50–55 | 17 |
| IX. | Assistência e cooperação internacional |  | 56–62 | 19 |
| X. | Conclusão e recomendações |  | 63–68 | 21 |

I. Introdução

1. O escopo do direito à saúde inclui não apenas os fatores determinantes subjacentes à saúde como o abastecimento adequado de alimentos seguros, como também sua concretização é inextricavelmente vinculada ao exercício do direito ao alimento. O acesso a alimentos seguros em termos nutricionais como determinante subjacente do direito à saúde está ligado aos conceitos da segurança alimentar e segurança nutricional. A segurança alimentar é definida pela FAO (Organização para a Alimentação e Agricultura) das Nações Unidas como situação em que “todas as pessoas, em todas as ocasiões, têm acesso físico e econômico a alimentos suficientes, seguros e nutritivos, necessários para atender às suas necessidades e preferências alimentares para uma vida ativa e saudável”.1

O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais estabelece que uma das obrigações fundamentais do Estado segundo o direito à saúde inclui garantir “acesso a alimentos mínimos e essenciais que são adequados e seguros em termos nutricionais para garantir a superação da fome a todos”.2

Sobre as obrigações legais segundo o direito ao alimento, o Comitê observou também que: “Cada Estado é obrigado a garantir a todos de sua jurisdição acesso a alimentos mínimos e essenciais que sejam suficientes, adequados e seguros em termos nutricionais, para garantir a superação da fome.”3

Esta obrigação concomitante se torna cada vez mais importante, na medida em que alimentos pouco saudáveis foram implicados no crescente ônus global das DNTs.

2. Mais de 36 milhões de pessoas morrem de DNTs a cada ano. As DNTs superaram as doenças transmissíveis como principal causa de óbito em quase todo o mundo. Quatro principais doenças – doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes – respondem pela maior parte dos óbitos relacionados com as DNTs. As dietas não saudáveis constituem um dos principais fatores de risco modificáveis, associados com as DNTs e respondem por 2,7 milhões de óbitos anualmente.4

Os países de baixa renda e renda média arcam com um ônus maior de mortalidade por DNTs, sendo 80% de todos os óbitos por DNT.5 Dietas não saudáveis estão também vinculadas a altas taxas de obesidade, crescente epidemia global que mata cerca de 2,8 milhões pessoas por ano, sendo um fator de risco conhecido das DNTs.6

3. As dietas com alta ingestão de alimentos como hambúrgueres, pizzas, carnes vermelhas, bolachas, biscoitos, salgadinhos, bebidas açucaradas que contêm altos níveis de açúcar, sal, gorduras *trans* e gorduras saturadas são conhecidas por acarretar risco maior de obesidade e DNTs.7

Muitos destes alimentos são altamente processados,8 prontos para comer, mas densos em energia e contendo calorias vazias sem valor nutricional. Alimentos não saudáveis consumidos em pequenas quantidades e adicionados a fontes mais saudáveis são não necessariamente prejudiciais à saúde. No entanto, considerando-se sua alta disponibilidade e gosto agradável e devido à publicidade agressiva, substituíram os alimentos mais saudáveis nas dietas.9

Esta é uma tendência particularmente preocupante para os países de baixa renda e renda média, na medida em que se projeta que a taxa de consumo de alimentos pouco saudáveis nestes países deverá superar a dos países de alta renda.10 Embora o excesso de calorias consumidas nos alimentos pouco saudáveis possa ser gasto pela atividade física, a mudança na tecnologia de ocupações com mão-de-obra intensiva para aquelas orientadas para o serviço e mudanças nos meios de transporte resultaram em estilos de vida sedentários e, portanto, reduziram a atividade física e o gasto de energia.11

4. Os processos de globalização, em particular o comércio e os investimentos estrangeiros diretos (FDIs) no processamento de alimentos, vendas no varejo e propaganda e promoção de alimentos, se tornaram cada vez mais associados com mudanças de direção nos padrões das dietas para aqueles vinculados com as DNTs.12 Isto também está demonstrado na presença cada vez maior de companhias transnacionais de alimentos e bebidas em uma série de países, particularmente nos países em desenvolvimento e sua publicidade agressiva de alimentos pouco saudáveis.13 Embora as respostas das políticas públicas sejam essenciais para atacar dietas não saudáveis ao se concentrar em respostas em nível da população em geral que alteram os padrões de compras e consumo, houve ênfase bem menor na abordagem a mudanças estruturais no sistema alimentar que afetam significativamente a dieta das pessoas.14

II. Impacto da globalização sobre os sistemas alimentares

5. As políticas de globalização desempenham um papel importante role ao aumentar o livre fluxo de alimentos pouco saudáveis entre os países. As mudanças no sistema alimentar agora são orientadas, em grande parte, por companhias transnacionais (TNCs), inclusive as fabricantes de alimentos e bebidas e cadeias de supermercados, que modificaram as dietas passando dos alimentos tradicionais minimamente processados para os altamente processados. De fato, 75% das vendas de alimentos em âmbito mundial são alimentos processados, em que as grandes fabricantes controlam mais de um terço do mercado global.15 As TNCs, portanto, são um elo fundamental na transição entre os alimentos minimamente processados para os altamente processados. Também influenciam substancialmente a venda e consumo de alimentos pouco saudáveis em comparação com a promoção da disponibilidade e acessibilidade de alimentos saudáveis dentro do sistema alimentar.16

6. A tecnologia industrial contribui para o domínio da TNCs no sistema alimentar moderno. O uso de agroquímicos e sementes híbridas na atividade rural e a tecnologia de extração no processamento de alimentos permitiram a produção de alimentos em grande escala a custos substancialmente menores.17

A adição de altos volumes de sal, gorduras saturadas e gorduras *trans* a alimentos altamente processados aumentam a vida de prateleira destes alimentos e reduzem os custos de transporte, tornando-os mais lucrativos.

7. Os “programas de ajustes estruturais” da década de 1980 do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial incentivaram os países em desenvolvimento a abrir os mercados, inclusive o setor de alimentos, ao comércio exterior como parte das condições de realização de empréstimos. Os acordos negociados na Organização Mundial do Comércio buscavam maior integração de mercado ao reduzir as barreiras tarifárias e não tarifárias ao comércio, reduzindo os subsídios de exportação e removendo as proteções das indústrias nacionais de promover um fluxo mais livre de bens e serviços.18 Estas políticas foram implementadas como forma de aumentar a eficiência do sistema alimentar na produção de alimentos de que as pessoas necessitavam e que desejavam, mas também tiveram efeitos significativos sobre os tipos de alimentos disponíveis e seus custos. Como resultado, houve um aumento drástico na produção de determinados produtos em comparação com outros. Por exemplo, houve um aumento substancial na produção global de óleos vegetais como o óleo de soja parcialmente hidrogenado, fonte de gorduras *trans* e óleo de palmeira, fonte de gorduras saturadas.19 Da mesma forma, grãos como o milho são produzidos em maiores quantidades de fornecimento à indústria de processamento de alimentos para produzir adoçantes como o xarope de milho com alto teor de frutose, aumentando substancialmente o consumo global de calorias com base em tais adoçantes (A/HRC/19/59, pp. 13–14). Estudos indicam que os países que adotam políticas de desregulamentação de mercado apresentam aumento mais rápido no consumo de alimentos não saudáveis e na média do índice de massa corporal, indicador da obesidade.20 Na promoção das metas de expansão e de mercado e lucros, áreas de saúde críticas como dietas e nutrição não receberam a devida consideração.21

8. O aumento nos níveis de FDIs no setor de alimentos processados é um dos fatores que permite maior exposição a alimentos pouco saudáveis nos países de baixa renda e renda média.22 Os FDIs são um dos mecanismos pelos quais as TNCs entram nos países em desenvolvimento. O FDI permite que as companhias adquiram ou invistam em companhias de processamento de alimentos em outros países, que então produzem alimentos processados para o mercado doméstico. Isto evita as tarifas de importação sobre alimentos processados e reduz o custo do transporte. Os FDIs são mais cruciais do que o comércio em termos de aumento das vendas de alimentos processados nos países em desenvolvimento.23 Por exemplo, em alguns mercados emergentes, a indústria de alimentos processados está entre os maiores setores que atraem FDIs.24

A maior parte das vendas de refrigerantes populares e marcas de *fast food* também se origina de países em desenvolvimento.25

9. Supermercados e grandes cadeias de vendas de alimentos substituem, em grande parte, os mercados de alimentos frescos como importante fonte de suprimento de alimentos em muitos países,26 e em ritmo mais rápido nos países em desenvolvimento no que nos países desenvolvidos.27 Os supermercados baseados na América do Norte e Europa investiram pesadamente na África, Ásia, Europa Central e Oriental e América Latina. Os supermercados são agora os principais varejistas da América Latina.28 Em um país, aproximadamente três quartos dos FDIs fluem para alimentos altamente processados como refrigerantes, lanches e maionese.29

III. Promoção e publicidade de alimentos pouco saudáveis

10. A promoção, publicidade e propaganda global de alimentos estão intimamente vinculadas à globalização, levando a transições de dieta para alimentos pouco saudáveis. O objetivo da publicidade de alimentos é aumentar a demanda de produtos ao fazer as pessoas desenvolver o hábito de consumir o produto regularmente. As estratégias expansionistas agressivas buscadas pelas TNCs nas economias emergentes nas últimas décadas aumentaram a visibilidade e familiaridade das marcas globais de alimentos, que são então alavancadas para aumentar o consumo destes produtos.

São usadas ferramenta específicas de publicidade para aumentar o consumo ao garantir a presença das marcas globais de alimentos no maior número possível de lugares, a preços acessíveis, ao mesmo tempo expandindo a variedade de seus produtos para se ajustar ao gosto local e ao poder aquisitivo. Para atender a algumas áreas rurais e populações de baixa renda, fabricantes de refrigerantes investiram em garrafas menores a preços mais baixos para criar aceitabilidade do produto. Em outros locais, os tamanhos das porções são aumentados para incentivar maior consumo.30 Em nível individual, o aumento do poder aquisitivo e a conveniência dos produtos prontos para consumo promovem o consumo de alimentos pouco saudáveis. Em nível da população, as estratégias de publicidade agressivas e sistemáticas usadas pelas TNCs alimentam esta demanda.31

11. A indústria de alimentos gasta bilhões de dólares na promoção e publicidade persistentes e agressivos de alimentos pouco saudáveis. As TNCs muitas vezes celebram contratos exclusivos com fabricantes de *fast food* para vender alimentos. Estratégias variadas de preço são usadas como mecanismo para impulsionar a demanda de produtos não saudáveis. Os supermercados também, em geral, oferecem mais descontos para alimentos pouco saudáveis em comparação com alimentos saudáveis.32

IV. Obrigações do Estado de respeitar, proteger e proporcionar o direito à saúde

12. No que se refere à disponibilidade e acessibilidade de alimentos seguros e adequados em termos nutricionais, tanto o direito à saúde como o direito ao alimento estabelecem obrigações para os Estados. Segundo a estrutura do direito à saúde, os Estados têm a obrigação fundamental e intransferível de garantir acesso a alimento mínimos e essenciais que sejam adequados em termos nutricionais para garantir a superação da fome por todas as pessoas. De maneira pertinente, o direito à estrutura alimentar exige que os Estados garantam a disponibilidade e acessibilidade de alimentos em quantidade e qualidade para satisfazer as necessidades alimentares dos indivíduos e que contenham uma combinação de nutrientes para o crescimento, desenvolvimento e manutenção, em termos físicos e mentais, além de atividade física que esteja em consonância com as necessidades psicológicas humanas em todas as fases da vida.

13. A Aliança Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais estabelece a concretização progressiva do direito à saúde, o que significa que os Estados têm a obrigação específica e contínua de avançar, da maneira mais ágil e eficaz possível, em direção à concretização plena dos mais elevados padrões de saúde. Os Estados devem, portanto, formular um plano com prazos determinados ao dar passos imediatos e contínuos, de acordo com o máximo de recursos disponíveis. Esta obrigação pode ser cumprida, entre outros fatores, pela formulação de políticas relacionadas com a saúde, assim como com setores como o comércio e agricultura. Em particular, a estrutura do direito à saúde exige que os Estados tomem medidas para a prevenção de DNTs relacionadas com a dieta e forneçam acesso igualitário e oportuno ao atendimento primário de saúde. Portanto, para garantir os três tipos de obrigação segundo o direito à saúde, ou seja, respeitar, proteger e concretizar, os Estados devem não apenas fornecer alimentos nutritivos como também instituir medidas em todas as áreas de formulação de políticas para reduzir o ônus das DNTs relacionadas com a dieta.

14. A obrigação de respeitar o direito à saúde é um dever negativo do Estado de se abster de interferir no exercício, pelas pessoas, de seu direito à saúde. Reconhece o direito e a autonomia dos indivíduos de tomar decisões bem informadas com respeito à saúde. A obrigação de não interferir na tomada de decisão individual, no entanto, não implica uma abordagem desengajada dos Estados em relação às leis e políticas referentes à indústria de alimentos. Alternativas viáveis devem estar disponíveis e acessíveis aos indivíduos para escolherem uma dieta saudável.

15. Os Estados também têm a obrigação de proteger as pessoas contra violações ao direito à saúde por atividades de agentes não pertencentes ao Estado, inclusive companhias privadas fabricantes de alimentos. Por exemplo, os Estados devem garantir que a propaganda e promoção, pelas fabricantes de alimentos, transmitam informações precisas e facilmente entendíveis sobre os possíveis efeitos prejudiciais de seus produtos alimentícios.

Isto é importante, pois a retenção de informações ou declarações falsas sobre tais informações têm o potencial de afetar as escolhas de dietas das pessoas, prejudicando o direito à saúde.

16. O exercício do direito à saúde é uma obrigação positiva que exige que os Estados adotem uma estratégia nacional de saúde pública e um plano de ação para atingir os mais elevados padrões de saúde. Os Estados também têm o dever de garantir que as informações relacionadas com dieta saudável serão precisas e estarão disponíveis para incentivar escolhas bem informadas. Ao reconhecer os vínculos estreitos entre alimento e saúde, os Estados precisariam formular políticas multisetoriais que afetariam positivamente a disponibilidade e acessibilidade de alimentos saudáveis. Por exemplo, os Estados podem precisar modificar as políticas alimentares e agrícolas, de comércio e fiscais. Tais políticas devem levar em consideração evidências epidemiológicas de DNTs relacionadas com a dieta e devem ser implantadas e monitoradas por meio de indicadores e padrões de referência. No entanto, os Estados devem garantir que as regulamentações não prejudiquem indevidamente as indústrias de pequena escala. Embora seja necessário garantir que os alimentos produzidos pelas indústrias de pequena escala não serão pouco saudáveis nem inseguros, os requisitos regulatórios poderão onerá-las de forma desproporcional. Abordagens alternativas, como a educação comunitária e entre pares de consumidores assim como fabricantes de alimentos de pequena escala, podem ser mais eficazes ao persuadi-los a produzir alimentos mais saudáveis. Por exemplo, alguns Estados usaram com sucesso os modelos de “educação entre pares” ao fazer que os vendedores de comida de rua substituíssem os óleos vegetais prejudiciais à saúde por opções mais saudáveis.

A. Informação e conscientização

17. Como medida para a concretização progressiva do direito à saúde, os Estados devem formular e atualizar regularmente as diretrizes sobre alimentos e nutrição para uma dieta saudável orientada para diferentes grupos, particularmente para grupos vulneráveis como crianças, mulheres e grupos de baixa renda.

As diretrizes devem ser formuladas com base em evidências científicas e com a participação da comunidade, organizações da sociedade civil e outros *stakeholders*. Para ser eficaz, a disseminação destas diretrizes e informações nutricionais para as pessoas, de maneira compreensível, é igualmente importante. Uma abordagem regulatória que os Estados devem considerar é a adoção de modelos de perfis de nutrientes, em que os alimentos são classificados de acordo com a composição nutricional.

18. Os programas de educação e conscientização pública podem ajudar a população a escolher alimentos mais saudáveis. A rotulagem de produtos alimentícios de fácil compreensão é um método comum de conscientização e incentivo aos consumidores para tomar decisões bem informadas sobre dieta. Por exemplo, alguns Estados emitiram orientações para supermercados e fabricantes de alimentos e bebidas para usar imagens como rotulagem bem visível de alimentos, tipo “semáforo”.33 Isto cria conscientização sobre opções de alimentos mais saudáveis, afetando positivamente a escolha do consumidor. A rotulagem de alimentos tipo “semáforo” utiliza a cor vermelha, âmbar e verde para indicar alto, médio e baixo teor de um nutriente em particular respectivamente. Como as crianças são particularmente vulneráveis a um risco maior de DNTs na idade adulta devido ao o consumo de alimentos pouco saudáveis, os Estados devem envolver as escolas para ensinar as crianças sobre os benefícios dos alimentos saudáveis de maneira adaptada para as crianças.

B. Políticas fiscais

19. Para reduzir a ingestão de alimentos pouco saudáveis, os Estados devem adotar políticas para criar desincentivos ao consumo de tais alimentos. Por exemplo, alguns Estados lançaram um imposto sobre consumo para bebidas adoçadas com açúcar para conter a epidemia de obesidade, sendo que a receita obtida com as vendas deveria ser aplicada para o fornecimento de água potável.34 No entanto, o mero aumento do preço dos alimentos pouco saudáveis pode ter um efeito punitivo nos grupos de baixa renda. Reduzir o preço de alimentos nutritivos a níveis menores ou comparáveis aos de alimentos pouco saudáveis tornaria os alimentos saudáveis mais acessíveis. Por exemplo, os subsídios agrícolas que beneficiam os alimentos pouco saudáveis poderiam ser suspensos e passados para subsídios para aumentar a produção de alimentos mais saudáveis. Os Estados poderiam adotar medidas, tais como benefícios fiscais e investimentos voltados para a produção agrícola, para incentivar os produtores rurais a produzir alimentos mais saudáveis como legumes e frutas (A/HRC/19/59).

20. Políticas de concorrência pública (licitação) poderiam ser usadas para incentivar os produtores rurais a produzir frutas e legumes, garantindo lucros e tornando dietas mais nutritivas acessíveis para grupos de baixa renda. Por exemplo, alguns países compram grãos a taxas de mercado diretamente de produtores rurais e depois vendem a grupos de baixa renda a taxas acessíveis, equilibrando os interesses do produtor rural com os do grupo vulnerável. Outra medida adotada pelos Estados é incentivar a atividade rural adaptada ao local e depois comprar os produtos para escolas. Isto não apenas melhora o desenvolvimento econômico local como também garante a redução de alimentos pouco saudáveis para crianças em idade escolar.35

21. A acessibilidade de alimentos saudáveis pode não necessariamente levar ao aumento da ingestão destes alimentos. Embora os alimentos com alto valor nutritivo possam estar disponíveis em áreas e espaços ao lado de produtos comestíveis menos nutritivos, os consumidores podem não ser atraídos para a opção mais saudável com base em vários fatores como o gosto agradável percebido ou falta de visibilidade de opções mais saudáveis e seus benefícios. As lojas de varejo e cadeias de supermercado podem estocar alimentos saudáveis, mas reservar menores espaços nas prateleiras podem ser alocados a estes alimentos ou podem ser colocados no fundo da loja.36 Isto teria efeito a negativo sobre os padrões de consumo em favor de alimentos mais saudáveis. Para retificar esta situação, os Estados poderiam incentivar e exigir que os varejistas dispusessem seus produtos de forma a atrair o consumidor para opções mais saudáveis. Os Estados poderiam também promover alimentos mais saudáveis pela mídia e canais sociais tradicionalmente usados pelos fabricantes de alimentos e bebidas, a partir da TV para propaganda na internet.

C. Políticas sobre publicidade e promoção de alimentos pouco saudáveis

22. Para prevenir o dano à saúde das pessoas e cumprir a obrigação segundo o direito à saúde, os Estados devem estabelecer políticas nacionais para regulamentar a propaganda de alimentos pouco saudáveis. Os Estados devem formular leis e uma estrutura regulatória com o objetivo de reduzir a exposição das crianças à poderosa publicidade de alimentos e bebidas. Tais regulamentações devem garantir que a indústria de alimentos ofereça informações de nutrição precisas e fáceis de ler quando anunciam seus produtos.

23. Para resolver a questão da publicidade agressiva, alguns Estados apoiam a auto-regulamentação e permitem que fabricantes de alimentos regulem voluntariamente suas práticas relacionadas com a publicidade e teor nutricional dos alimentos pouco saudáveis para crianças.37 As companhias muitas vezes adotam voluntariamente diretrizes e padrões auto-formulados para restringir a regulamentação governamental e responder às demandas públicas. As fabricantes também adotam inciativas conjuntas e formulam diretrizes para que as companhias associadas restrinjam a propaganda e promovam práticas referentes a crianças. No entanto, a auto-regulamentação pelas companhias não teve efeito significativo na mudança das estratégias de publicidade de alimentos.38 Devido a uma série de motivos, como a natureza não obrigatória da auto-regulamentação, falta de padrões de referência e transparência, definição inconsistente referente a crianças e critérios diferentes de nutrição, as companhias conseguem driblar as diretrizes, bloqueando o efeito pretendido das diretrizes de publicidade por elas instituídas.

24. A parceria entre governos e fabricantes de alimentos é recomendada como alternativa à auto-regulamentação. Um dos principais motivos citados para a promoção de parcerias entre empresas privadas fabricantes de alimentos e os governos é que as fabricantes de alimentos conseguem promover hábitos de alimentação mais saudáveis e são, portanto, parte da solução para reduzir e prevenir a epidemia de obesidade.39 No entanto, o conflito de interesses entre o dever do Estado de promover a saúde pública e a responsabilidade das companhias em relação aos acionistas de aumentar os lucros gera suspeitas sobre as parcerias público-privadas. Além disso, o estreito relacionamento entre as fabricantes de alimentos e bebidas e as agências governamentais pode levar à falta de transparência e independência das autoridades regulatórias, o que enfraquece a efetividade das parcerias público-privadas nos esforços dos Estados de reduzir as DNTs relacionadas com a dieta.

25. Devido aos problemas inerentes, associados com a auto-regulamentação e parcerias público-privadas, há necessidade de os Estados adotarem leis que impeçam as companhias de usar estratégias de publicidade insidiosas. A responsabilidade de proteger o exercício do direito à saúde garante ao Estado a intervenção em situações em que terceiros, como fabricantes de alimentos usem sua posição para influenciar os hábitos alimentares ao incentivar direta ou indiretamente dietas não saudáveis que prejudicam a saúde das pessoas. Portanto, os Estados têm o dever positivo de regular a propaganda de alimentos não saudáveis e as estratégias de promoção de fabricantes de alimentos. Segundo o direito à saúde, os Estados são especialmente obrigados a proteger grupos vulneráveis como as crianças contra violações de seu direito à saúde. Para reduzir as oportunidades de propaganda dirigida, alguns Estados instituíram leis para proibir que as companhias anunciem seus produtos para crianças abaixo de determinada idade e limitem a disponibilidade de alimentos pouco saudáveis nas escolas.40

D. Políticas sobre investimentos estrangeiros diretos (FDIs)

26. As companhias transnacionais (TNCs) que fabricam e vendem alimentos processados estão marcando presença global ao atingir grupos de consumidores que transcendem as fronteiras nacionais por FDIs e acordos de comércio internacional, impactando, portanto, a saúde da população de vários países. Reconhecendo este fato, os Estados precisam inserir estas companhias em sua estrutura regulatória. Os Estados podem impor condições relacionadas com a saúde sobre os investimentos pelas TNCs e exigir que cumpram os padrões domésticos de nutrição, propaganda e publicidade.41

Por exemplo, os Estados podem condicionar os investimentos de cadeias de varejo estrangeiras à exigência de disponibilizar alimentos saudáveis em suas lojas.

27. No entanto, a regulação de FDIs pelas TNCs por meio de condições sobre o tipo de alimentos que produzem poderá afetar a decisão das TNCs de investir nestes Estados.42 Alguns Estados, especialmente países de baixa renda e renda média que se baseiam investimentos estrangeiros talvez não consigam impor condições de saúde ou relacionadas com a dieta. Os Estados podem, portanto, não dar primazia à saúde da população, enfraquecendo o exercício completo do direito à saúde. Há necessidade de usar outras abordagens, como o incentivo à produção e venda de alternativas mais saudáveis para proteger o direito à saúde de pessoas e ainda atrair FDIs.

V. Responsabilidades da indústria de alimentos e bebidas

28. Embora instrumentos internacionais de direitos humanos apontem os Estados como principais responsáveis, agentes não pertencentes ao Estado são também encarregados da responsabilidade de respeitar o direito à saúde. A Aliança Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais proíbe a violação de direitos humanos consagrados em seu documento, não apenas pelos Estados, mas também por qualquer “grupo ou pessoa”, implicando claramente a responsabilidade de agentes não pertencentes ao Estado no exercício de direitos humanos (artigo 5). A estrutura do direito à saúde cristaliza ainda mais esta posição e estabelece que, embora apenas os Estados que são membros da Aliança são, em última análise, responsáveis pela concretização de tal direito, todos os membros da sociedade, assim como o setor privado, têm responsabilidade a respeito do exercício do direito à saúde. No contexto das companhias comerciais e TNCs, várias diretrizes foram adotadas internacionalmente que esclarecem que as companhias comerciais e TNCs têm a responsabilidade de respeitar direitos humanos, o que inclui o direito à saúde.43 As responsabilidades das empresas são independentes das obrigações do Estado de cumprir suas obrigações em relação aos direitos humanos e também das obrigações das companhias de cumprir as leis e regulamentações nacionais.44

29. A responsabilidade de respeitar o direito à saúde exige que a indústria de alimentos se abstenha de se envolver em atividades que prejudiquem o direito de pessoas aos mais elevados padrões de saúde. Nos casos em que os Estados promulgaram leis como parte das políticas nacionais de saúde para coibir o consumo de alimentos pouco saudáveis e promover opções mais saudáveis, a indústria de alimentos tem a responsabilidade de cumprir tais leis e desistir de empreender atividades que contrariem estas políticas. Devem tomar medidas para prevenir, mitigar e remediar impactos adversos de seus atos. Por exemplo, à luz do impacto negativo da publicidade de alimentos e atividades de promoção sobre dieta infantil, a indústria de alimentos tem a responsabilidade de se abster de anunciar produtos não saudáveis para crianças, de acordo com as leis e regulamentos nacionais. O não exercício de tal restrição segundo a legislação doméstica pode causar não apenas a violação da lei, mas também do direito à saúde.

De maneira semelhante, a indústria de alimentos deve se abster de promover alegações falsas ou enganosas sobre a saúde em relação aos seus produtos, de acordo com a responsabilidade de respeitar o direito à saúde.

As alegações relativas a produtos alimentícios muitas vezes se mostram não confirmáveis e enganadoras quando se trata de benefícios de saúde. Além disso, mesmo quando ingredientes não saudáveis, como o teor de açúcar e gordura, são substituídos por amido refinado e promovidos como opções alimentares “mais saudáveis”, são ainda alimentos processados com pouca melhoria na qualidade nutricional.45

30. Estudos demonstraram que a indústria de alimentos usa várias estratégias para enfraquecer os esforços de nutrição na saúde pública. Por exemplo, a indústria de alimentos contrata acadêmicos proeminentes para seus conselhos consultivos, que podem resultar em achados mais favoráveis à indústria de alimentos, com o perigo de que a indústria de alimentos pode usar tais achados parciais para sustentar suas alegações de nutrição.46 Outra tática inclui o financiamento de grupos de fachada (que parecem independentes, mas são controlados por outras organizações), fazendo lobby e instituindo processos e ameaças a este respeito.47 Também foi demonstrado que, sob o disfarce de responsabilidade social corporativa para atender às suas obrigações éticas em relação à sociedade como um todo, grandes fabricantes de refrigerantes tentaram deslocar o ônus da responsabilidade da tomada de decisões mais saudáveis para os consumidores, em lugar de assumir responsabilidade por ter criado um contexto alimentar não saudável.

Além disso, a responsabilidade social corporativa também é usada pela grande indústria de refrigerantes como meio para driblar as tentativas de regulamentação governamental e aumentar as vendas de seus produtos, particularmente para crianças.48 Tais atos resultam na negação do direito à saúde.

31. Na medida em que a indústria de alimentos desempenha um papel fundamental no contexto alimentar global e é reconhecida como principal fator causador das DNTs relacionadas com a dieta, tem responsabilidade importante de tomar medidas para o exercício do direito à saúde. Embora muitos desafios com que se confronta o sistema alimentar, como as pressões ambientais como a seca e inundações, estão fora do controle da indústria de alimentos, há várias áreas em que o sistema pode ter impacto positivo na saúde ao investir e influenciar escolhas de alimentos mais saudáveis. Para esta finalidade, a indústria deve considerar a adoção de padrões para melhorar a qualidade nutricional dos alimentos por meio da reformulação dos produtos e deve melhorar a rotulagem e informações em seus produtos para contribuir com dietas mais saudáveis. A indústria de alimentos deve também investir em pesquisas para melhorar o teor nutricional de seus produtos, em lugar de investir em aumentar a capacidade de comercialização dos produtos existentes.49 Além disso, os supermercados e restaurantes de *fast food* devem tomar medidas para comercializar e promover opções mais saudáveis. Por exemplo, além de informar o nível de calorias das refeições nos menus, os restaurantes de *fast food* devem adotar modelos de perfis de nutrição apropriados que indiquem a composição nutricional dos alimentos disponíveis.

32. Ao cumprir a responsabilidade de respeitar o direito à saúde, a indústria de alimentos deve garantir a transparência das informações e composição nutricional, área em que, até o momento, faltam esforços da indústria de alimentos, lamentavelmente. A indústria de alimentos deve adotar medidas concretas para garantir que os consumidores terão informações nutricionais suficientes sobre seus produtos para ajudar a promover decisões alimentares mais responsáveis. Além disso, criar e implantar mecanismos que promovam a transparência de conflitos de interesses dentro de sua estrutura de governança poderá contribuir para esforços no sentido de garantir a transparência das operações da indústria de alimentos. Isto é de particular relevância nos casos em que os financiadores da saúde global, que são também agentes não pertencentes ao Estado, são acionistas ou participam de conselhos de governança da indústria de alimentos ou vice versa.50

VI. Grupos vulneráveis

33. Os Estados têm a obrigação fundamental de proteger o direito à saúde de grupos vulneráveis e marginalizados. O presente relatório se concentra em três grupos específicos: crianças, devido à maior susceptibilidade à publicidade; mulheres, porque a publicidade dirigida ao gênero feminino perpetua papéis tradicionais e desiguais; e grupos de baixa renda, porque as opções de alimentos saudáveis não estão prontamente disponíveis ou acessíveis a estes grupos. Outros indivíduos ou comunidades também podem se defrontar com maiores riscos de DNTs relacionadas com a dieta devido ao status de raça, gênero, indígena ou local de residência, assim como devido a vulnerabilidades múltiplas ou interconectadas.

A. Crianças

34. A despeito da associação comum entre DNTs e pessoas idosas, as crianças são também afetadas pela gama total de DNTs, inclusive doenças cardíacas, câncer e diabetes, assim como por seus fatores de risco como sobrepeso ou obesidade.51 As DNTs e obesidade relacionadas com a dieta afetam até mesmo as crianças pequenas. Por exemplo, dos 500 milhões de obesos em todo o mundo em 2008, mais de 42 milhões eram crianças com menos cinco anos, sendo que 35 milhões destas crianças residiam em países em desenvolvimento.52

35. As crianças são particularmente vulneráveis às DNTs relacionadas com a dieta, por serem dependentes de terceiros, como os pais ou escolas, no que se refere a alimentos, ou porque são mais susceptíveis à pressão da propaganda.53 Além disso, dietas infantis não saudáveis podem ter graves consequências de saúde posteriormente na vida, devido à formação inicial de hábitos e preferências alimentares e também porque as DNTs na infância tendem a persistir na idade adulta.

Estudar dietas não saudáveis como fator de risco de DNTs em crianças pode trazer ganhos substanciais para a saúde e reduzir o ônus de gastos com atendimento à saúde durante o ciclo de vida inteiro.54

36. Além da publicidade de alimentos não saudáveis dirigida a crianças, inclusive por meio de brinquedos como brindes, competições, redes sociais, personagens de desenho animado, jogos, televisão, cinema, sites interativos e em ambientes orientados para jovens como as escolas e centros de recreação, os pais também são alvo desta publicidade agressiva.55 Isto é feito para incentivar os pais a comprar alimentos pouco saudáveis para os filhos. Em muitos casos, a publicidade da indústria de alimentos para crianças e seus pais pode ser desproporcionalmente destinada a grupos particulares raciais, étnicos ou socioeconômicos, exacerbando as desigualdades de saúde enfrentadas por estes grupos.56

37. As crianças também são muito expostas a comidas não saudáveis, tanto em ambientes públicos como privados. Os alimentos servidos ou vendidos em ambientes institucionais como as escolas podem ser desproporcionalmente comparados com alimentos não saudáveis ou outros alimentos de valor de nutricional limitado, particularmente em programas de almoço (merenda) nas escolas, em que os recursos financeiros para alimentos mais saudáveis podem ser limitados.57

Outros locais que atendem às crianças e jovens, como os centros esportivos, podem também carecer de opções de alimentos saudáveis. No setor privado, as refeições destinadas a crianças são muitas vezes ricas em gordura, açúcar e sal e deixam de atender às necessidades nutricionais das crianças, especialmente em estabelecimentos de *fast food*. Este pode ser o caso mesmo em termos de alimentos comercializados como refeições infantis “saudáveis”. Quando opções nutritivas estão genuinamente disponíveis, a opção padrão pode ainda ser aquela não saudável.58

38. É urgente que os Estados cumpram suas obrigações referentes ao direito das crianças à saúde, o que exige que os Estados se preocupem com a obesidade das crianças, limitem a exposição das crianças a *fast food* e bebidas com alto teor de açúcar e cafeína e outras substâncias prejudiciais, regulem a publicidade de tais alimentos e controlem sua disponibilidade nas escolas e outros locais frequentados pelas crianças. Os Estados devem também garantir que programas efetivos de educação e conscientização em saúde serão destinados a crianças, tais como campanhas de combate a publicidade ou programas de educação entre pares e que opções de alimentos saudáveis e informações relacionadas com estas opções estarão disponíveis em instituições que atendem às crianças, como as escolas, instalações pediátricas de saúde ou centros de juventude.

B. Mulheres

39. Alimentos não saudáveis geralmente são anunciados visando os gêneros, perpetuando a dinâmica tradicional e desigual de gêneros em desvantagem para as mulheres. Apesar do aumento das famílias com dupla renda ou de mulheres chefes de família, as mulheres ainda respondem por uma parcela desproporcional das tarefas domésticas, particularmente na preparação de refeições. Isto leva ao aumento no consumo de alimentos de conveniência, altamente processados, na medida em que as mulheres têm menos tempo, mas ainda devem ser responsáveis pela provisão da alimentação.59 A propaganda de alimentos geralmente se destina às mulheres no que se refere a refeições prontas para as crianças ou oferecendo produtos inspiradores que são “melhorados” em relação às dietas tradicionais.

40. Outras mensagens de publicidade destinadas às mulheres podem enfatizar a sexualidade e tipos corporais “desejáveis” e inatingíveis, para promover alimentos pouco saudáveis, que não apenas perpetuam os estereótipos de gênero como também têm impacto negativo na saúde física, como as DNTs relacionadas com a dieta, e na saúde mental, como distúrbios alimentares.60

41. As políticas alimentares que enfatizam a comida feita em casa para melhorar as dietas devem levar em conta estas dinâmicas de gênero e força de trabalho. Programas de alimentação saudável não devem se concentrar somente nas mães, mas também devem promover o papel dos homens na preparação dos alimentos, assim como levar em conta uma gama diversificada de organizações familiares.

C. Grupos de baixa renda

42. Embora as DNTs sejam percebidas muitas vezes como “doenças da riqueza”, a relação entre renda e fatores de risco relacionados com a dieta é complexa.61 Estudos sugerem que depois que um país atinge um PIB bruto per capita de US$ 2.500, a obesidade se torna mais predominante nos grupos de menor renda do que nos de maior renda,62 ao passo que o consumo de alimentos não saudáveis é efetivamente associado com a renda menor e menores níveis de educação em vários países desenvolvidos e de renda média.63 A percepção de que as DNTs afetam apenas os ricos levou à negligência em relação às doenças em políticas de saúde para pessoas de baixa renda, em detrimento de seu direito à saúde.64

43. Os grupos de baixa renda muitas vezes têm dietas piores do que outros segmentos da população,65 na medida em que alimentos saudáveis como frutas frescas e legumes podem ser inacessíveis para eles, desestimulando o consumo.66 Muitos grupos de baixa renda, como os que trabalham em turnos, também tendem a não ter o tempo ou instalações para cozinhar, tornando os alimentos prontos, altamente processados, mais atraentes do que os alimentos saudáveis, mesmo que não sejam necessariamente mais baratos.

44. As pessoas de baixa renda também podem tender mais a comer “sobremesas como alimento”, quando faltam opções de alimentos frescos saudáveis, ou “*lanches encharcados*”, em que há uma presença significativamente maior de alimentos pouco saudáveis e publicidade de alimentos não saudáveis. Alimentos saudáveis muitas vezes estão menos disponíveis, têm menor qualidade e atratividade ou são mais caros nas áreas de baixa renda.67 Por outro lado, as áreas de menor renda podem ter até duas vezes e meia o número de restaurantes de *fast food* (lanchonetes) em comparação com as áreas de renda mais alta.68 Estes problemas tendem a se agravar pelas barreiras geográficas das comunidades rurais remotas, favelas urbanas mal atendidas ou regiões em que o transporte entre as áreas de menor e maior renda é insatisfatório.

45. As dietas inadequadas tendem a gerar consequências mais graves para as pessoas de baixa renda do que para outros grupos. A subnutrição no início da vida pode levar à maior probabilidade de obesidade posteriormente na vida devido à resposta de “abundância ou escassez”, que faz que o corpo acumule gordura quando disponível.69

Esta combinação de falta de segurança alimentar ou fome com a pronta disponibilidade de alimentos altamente calóricos coloca muitas comunidades de baixa renda em risco particular de DNTs, em comparação como os grupos de renda mais elevada. Fatores psicológicos como o estresse, maiores incidências de outros fatores de risco de DNTs e menor acesso ao atendimento preventivo também podem elevar os riscos de doenças relacionadas com a dieta como o diabetes, doenças cardíacas e hipertensão nos grupos de baixa renda.70

46. Ao combater as DNTs, os Estados devem, portanto, garantir que abordem as disparidades socioeconômicas de maneira abrangente. Devem garantir que os planos de segurança alimentar ou de redução da pobreza atendam à necessidade de opções de alimentos mais saudáveis. Poderiam assim proceder, por exemplo, ao aumentar a disponibilidade de frutas e legumes, de acordo com os planos de segurança alimentar, incentivando os varejistas de alimentos a estocar alimentos saudáveis em bairros de baixa renda ou melhorando o transporte público para áreas em que há alimentos saudáveis disponíveis. Em particular, os programas sociais destinados a garantir segurança alimentar e nutricional podem ser uma ferramenta útil para melhorar a saúde, se forem suficientemente financiados para permitir a compra de opções saudáveis e forem combinados com medidas apropriadas para oferecer educação nutricional e tornar alimentos saudáveis disponíveis e acessíveis àqueles que se beneficiam.71 Finalmente, os Estados devem trabalhar para eliminar as desigualdades no acesso ao atendimento primário e preventivo, para diminuir os efeitos desproporcionais dos alimentos pouco saudáveis nas comunidades de baixa renda.

VII. Participação

47. A estrutura do direito à saúde exige a participação da população, especialmente as populações afetadas, na tomada de decisões relacionadas com a saúde em todos os níveis: comunitário, regional e nacional. Os Estados devem garantir a participação das comunidades afetadas e grupos vulneráveis no desenvolvimento de políticas alimentares e na tomada de decisão a respeito da disponibilidade e publicidade de alimento em locais como as escolas, ambientes de trabalho e centros comunitários. A participação delega poderes às pessoas para exercer seu direito à autonomia e tomar suas próprias decisões sobre a saúde alimentar.

48. A participação significativa gera benefícios para a saúde pública e também delega poderes para as pessoas, de acordo com a abordagem ao direito à saúde. Os Estados devem garantir que haja espaços disponíveis para as crianças e pais para que forneçam informações sobre alimentos nas escolas, funcionários para dar informações sobre alimentos no local de trabalho ou ao permitir que a comunidade ou grupos de consumidores se envolvam no estabelecimento de padrões. Os Estados devem buscar amplas consultas públicas para informar as políticas entre os setores, inclusive políticas de produção agrícola, regulamentação de alimentos pouco saudáveis, padrões nutricionais em instituições públicas e monitoramento da transparência na rotulagem, publicidade ou promoção de alimentos.

49. Os Estados devem incentivar programas comunitários de saúde sobre DNTs relacionadas com a dieta, tais como a educação entre pares, iniciativas de jardinagem e cozinha na comunidade ou iniciativas de alimentação saudável baseadas nas escolas, ambientes de trabalho, centros de atendimento primário de saúde ou fornecedores de alimentos. Como o enfoque dos fatores de risco de DNTs envolve mudança comportamental de longo prazo, a responsabilidade das políticas de saúde nas comunidades locais pode garantir o sucesso e sustentabilidade dos programas nutricionais e preventivos de saúde. A participação de comunidades locais garante que políticas e programas de saúde serão mais ajustados às suas necessidades de saúde. Incluir o envolvimento das crianças e informações nos programas de almoço nas escolas pode ajudar a identificar opções saudáveis e atraentes para as crianças e em geral demonstra que a percepção de que as crianças preferem opções não saudáveis é imprecisa.72 A participação local dos residentes de áreas de baixa renda pode ajudar a fornecer uma avaliação dos alimentos disponíveis naquelas áreas, de maneira a refletir melhor as experiências cotidianas dos residentes do que as pesquisas formuladas por especialistas seriam capazes de estabelecer. De maneira semelhante, educar e envolver consumidores e fornecedores de alimentos do setor informal nos programas de alimentos saudáveis pode melhorar a nutrição em um setor que seria, de outra forma, difícil de regular, também permitindo que tais fornecedores ganhem a vida.

VIII. Responsabilização e recursos

50. Os Estados têm a obrigação de oferecer mecanismos legislativos, judiciais e administrativos disponíveis, acessíveis e efetivos para permitir que as pessoas responsabilizem agentes dos Estados e não pertencentes aos Estados e impetrem ações por violações ao direito à saúde. A omissão dos Estados em legislar e aplicar estruturas regulatórias com respeito à indústria de alimentos pode, por si, constituir violação ao direito à saúde. Por exemplo, se o Estado deixa de estabelecer leis que exijam o fornecimento e disseminação de informações, as pessoas podem não estar em condições de fazer escolhas bem informadas sobre a dieta, o que pode impedi-las de alcançar os mais elevados padrões de saúde.

51. Os Estados não apenas devem garantir que haja leis e políticas importantes, mas também que tais lei e políticas serão formuladas, implantadas e monitoradas com transparência, de acordo com o direito à saúde. A transparência deve ser assegurada em todas as ocasiões, inclusive ao negociar obrigações internacionais. Embora a transparência seja exigida por alguns tratados de investimentos, está vinculada à promoção e proteção de investimentos internacionais.73 O objetivo é garantir que as leis e regulamentos que podem afetar os investimentos estejam publicamente disponíveis para as partes contratantes. Algumas organizações internacionais adotaram princípios de transparência que se referem, no entanto, à previsibilidade das normas e regulamentos de investimentos74 para proteger o interesse comercial das partes contratantes, que beneficiam os interesses comerciais privados das TNCs. Além disso, estes tratados são negociados sigilosamente sem qualquer discussão em nível doméstico, o que não é compatível com o direito à estrutura de saúde.75

52. Os tratados de investimentos comerciais estabelecem obrigações que vinculam automaticamente os Estados. Para cumprir estas obrigações, os Estados podem ser obrigados a modificar políticas nacionais como as políticas agrícolas ou de rotulagem. Como resultado, a função dos Estados de formular políticas domésticas é distorcida em favor dos direitos privados das indústrias de alimentos e bebidas, em lugar dos direitos públicos da população afetada.76 O direito à estrutura de saúde, por outro lado, exige transparência nas atividades que afetam direta ou indiretamente a governança. Funciona como averiguação contra decisões arbitrárias que podem ser tomadas pelos Estados e impede violações ao direito à saúde. Uma das maneiras pelas quais os Estados podem garantir transparência é pela abertura de negociações para incluir as pessoas afetadas como, por exemplo, produtores rurais e consumidores. No mínimo, os Estados devem disponibilizar o teor das negociações e dos acordos para escrutínio público e estar abertos para receber comentários dos *stakeholders* antes de celebrar tais contratos.

53. A responsabilização também pode ser assegurada por meio de indicadores, padrões de referência e metas em relação aos quais pode ser monitorado e avaliado o desempenho de agentes do Estado e não pertencentes ao Estado ao atingir as metas de reduzir o risco e prevalência de DNTs.77 Na medida em que múltiplas agências do Estado podem estar envolvidas na regulação das atividades da indústria de alimentos e de abastecimento de alimentos nutritivos,78 as informações que formam a base de seus esforços individuais e coletivos no sentido de alcançar os padrões de referência estabelecidos devem estar disponíveis ao público. Disponibilizar as informações ao público e entidades de monitoramento independente permite que avaliem as atividades da indústria de alimentos e o cumprimento de padrões e leis domésticos de publicidade, rotulagem e nutrição. Os Estados devem também incentivar o monitoramento de outros agentes não pertencentes ao Estado como as escolas privadas e agências de radiodifusão e comunicação para revisar sua política em relação à indústria de alimentos. A revisão e avaliação de medidas tomadas e padrões adotados por agentes dos Estados e não pertencentes aos Estados para garantir a venda e disponibilidade de alimentos nutritivos compõem a estrutura de responsabilização.

54. Devido à maior prevalência de DNTs e seu vínculo com as práticas adotadas pela indústria de alimentos, o acesso a recursos judiciais é necessário. Os recursos judiciais para responsabilizar as TNCs por violações ao direito à saúde são particularmente difíceis de atingir. Tratados de investimentos como os acordos de investimentos bilaterais e acordos de livre comércio, que facilitam a entrada e fortalecimento das TNCs nas economias nacionais, contêm mecanismos de acordo para disputas internacionais que permitem que as companhias privadas impetrem processos contra os Estados. No entanto, estes tratados impõem obrigações unilaterais sobre os Estados anfitriões, de forma a dificultar a inserção das TNCs em seu sistema jurídico nacional, inclusive no sistema judicial. Além disso, os princípios de responsabilidade limitada e personalidades jurídicas separadas em geral são a base das controladoras para isentarem de qualquer responsabilidade suas subsidiárias que atuam em várias jurisdições.79 Mesmo quando existem recursos jurídicos contra as companhias nacionais, sua exigibilidade muitas vezes é ausente ou fraca e as companhias são não sofrem penalidades por descumprimento. Os consumidores devem ter capacidade de buscar recursos jurídicos contra os fabricantes de alimentos, não importando o país de origem da controladora. Os Estados devem, portanto, esclarecer, segundo a legislação nacional, a responsabilidade da controladora e das subsidiárias.

55. Recursos jurídicos para violações do direito à saúde devem ser disponibilizados pelos Estados também. Nos casos em que os Estados não consagram a obrigação do direito à saúde no sistema jurídico doméstico, devem existir mecanismos adjudicatórios para as pessoas entrarem com recursos contra o Estado e responsabilizá-lo por deixar de respeitar, proteger e fazer valer o direito à saúde. Nos casos em que os Estados deixam de tomar as medidas para fazer valer os compromissos internacionais de reduzir o ônus das DNTs, inclusive DNTs relacionadas com a dieta, as pessoas devem ter acesso a mecanismos domésticos e depois internacionais para entrar com ação contra os Estados por não tomar as medidas necessárias para este fim. Garantir acesso a uma série de recursos, na forma de restituição, indenização, satisfação ou garantias de não repetição, é uma forma eficaz de responsabilizar os agentes do Estado e não pertencentes ao Estado por violações ao direito à saúde.

IX. Assistência e cooperação internacional

56. Segundo a estrutura do direito à saúde, os Estados devem ampliar a assistência e cooperação para o exercício completo do direito à saúde. Quando celebram contratos internacionais, os Estados devem garantir que tais contratos não prejudiquem o exercício do direito à saúde.

57. O fato de dar primazia ao comércio internacional em detrimento do direito à saúde tem enormes repercussões sobre a saúde pública.80 Por exemplo, segundo contratos de comércio internacional, os Estados algumas vezes expressam preocupações sobre os requisitos de outras políticas de rotulagem de nutrição nacional nos Estados, que foram instituídas para atingir as metas de saúde pública.81 Estas práticas podem restringir o espaço das políticas nos países em desenvolvimento em favor da atração de FDIs e prevenção de sanções econômicas.82 Os tratados de investimentos bilaterais podem subverter as diretrizes existentes acordadas internacionalmente e reduzir barreiras tarifárias e não tarifárias ao comércio, permitindo a importação e exportação mais livre de produtos alimentícios não saudáveis. Por exemplo, os acordos de livre comércio estão diretamente vinculados ao aumento do consumo de refrigerantes.83

58. Os contratos de investimentos podem também conter disposições que permitem aos Estados ser processados por tomar medidas para proteger a saúde pública que podem prejudicar os investimentos da parte contratante e companhias privadas. A mera ameaça de litígios onerosos e caros pode criar um efeito inibidor em que os Estados se absteriam totalmente de formular tais políticas.84 Para reduzir o ônus global e nacional das DNTs e garantir que as preocupações de saúde sejam mais importantes que as relações de comércio, os Estados precisam formar parcerias para dar suporte a sistemas localizados e adequados de alimentos e garantir que seja protegido o espaço das políticas nacionais nos sistemas nutricionais.85 Ao celebrar contratos de investimentos, os Estados anfitriões devem tomar medidas assertivas e mencionar exceções claras e explícitas aos investimentos que podem prejudicar a saúde pública.86

59. Além disso, os Estados devem ampliar a assistência aos países de baixa renda e renda média, que, devido a recursos limitados, talvez sejam incapazes de atingir os padrões de nutrição exigidos, levando ao aumento do ônus das DNTs.87 Nestes casos, os Estados devem ampliar a assistência por meio da transferência de tecnologia, desenvolvimento de capacidade e, quando necessário, oferecer apoio monetário (A/RES/66/2). Isto ajuda a garantir que os Estados sem expertise suficiente para desenvolver e sustentar a tecnologia exigida tomem medidas preventivas contra as DNTs.

60. Até o momento, o compromisso político em relação às DNTs relacionadas com a dieta em nível internacional é fraco. Tradicionalmente as DNTs não são prioritárias nas políticas internacionais, inclusive nas Metas de Desenvolvimento do Milênio.88 As agências de assistência internacional que oferecem ajuda relacionada com a saúde aos países de baixa renda e renda média não priorizaram suficientemente as DNTs..89 Apenas recentemente as organizações internacionais e regionais mudaram o foco e convocaram os Governos, o setor privado e as ONGs (organizações não governamentais) para se reunirem e tomar medidas para a prevenção de DNTs em todas as regiões.90

Ao formular a agenda de desenvolvimento pós-2015, os Estados sabiamente demonstraram vontade política inédita para tratar da redução e prevenção de DNTs,91 e os Governos foram instados a reduzir o ônus das DNTs até 2025.92 Há reconhecimento crescente entre os Governos de vincular dietas não saudáveis às DNTs e aos desafios que apresentam ao desenvolvimento (A/RES/66/2).

61. É necessária uma estrutura internacional eficaz para responsabilizar legalmente a indústria global de alimentos por seus atos.93 Há necessidade de criar uma estrutura internacional que vincule os Estados e os responsabilize por modificar leis domésticas para a redução e prevenção de DNTs relacionadas com a dieta. A Convenção Estrutural sobre o Controle do Tabagismo poderia ser usada como base sobre a qual possa ser construída uma estrutura internacional de responsabilização e monitoramento da indústria de alimentos e bebidas. A comunidade internacional também precisa garantir que fabricantes de alimentos orientadas por interesses comerciais não enfraqueçam os esforços dos Estados de concretizar a fruição dos mais elevados padrões de saúde.

62. No entanto, o mero consenso político talvez não seja suficiente para levar à redução nas DNTs relacionadas com a dieta. Os Estados, as organizações intergovernamentais e não governamentais devem se unir para combater esta epidemia. Os Estados precisam ter um plano com prazos específicos que determine as medidas concretas a serem tomadas para atingir aos poucos, individual e coletivamente, uma redução global e doméstica no ônus das DNTs relacionadas com a dieta. Para operacionalizar esta meta, os Estados devem formular indicadores, padrões de referência e mecanismos de responsabilização global e doméstica. Os Estados devem também alocar recursos suficientes para reduzir e prevenir a epidemia de obesidade, assim como o crescente ônus das DNTs relacionadas com a dieta.

X. Conclusão e recomendações

63. Ao cumprir suas obrigações de respeitar, proteger e fazer valer o direito à saúde, os Estados devem formular e implementar uma estratégia nacional de saúde pública e um plano de ação para abordar as DNTs relacionadas com a dieta, que devem ser amplamente disseminados. A estratégia deve reconhecer o vínculo entre alimentos pouco saudáveis e as DNTs e, ao mesmo tempo, abordar especificamente falhas estruturais na produção, comercialização e vendas no varejo de alimentos que promovem a disponibilidade e acessibilidade a alimentos pouco saudáveis em detrimento de opções mais saudáveis. Para este fim, os Estados devem necessariamente desenvolver abordagens multisetoriais que incluam todos os respectivos ministérios como o ministério da saúde, agricultura, finanças, indústria e comércio. Os Estados devem também garantir a participação significativa e eficaz das comunidades afetadas como, por exemplo, produtores rurais e grupos vulneráveis como crianças, mulheres e grupos de baixa renda em todos os níveis de tomada de decisão para desestimular a produção e consumo de alimentos pouco saudáveis e promover a disponibilidade e acessibilidade de opções alimentares mais saudáveis.

64. Com o objetivo de respeitar, proteger e fazer valer o direito à saúde, o Relator Especial recomenda que os Estados tomem as seguintes medidas:

(a) Aumentar a disponibilidade e acessibilidade de alternativas alimentares mais saudáveis por meio de políticas fiscais e agrícolas que desestimulem a produção de alimentos pouco saudáveis. Também tomar medidas para incentivar os produtores rurais a cultivar produtos mais saudáveis;

(b) Disponibilizar alimentos nutritivos e saudáveis e torná-los geográfica e economicamente acessíveis, especialmente para grupos de baixa renda;

(c) Fornecer informações sobre os efeitos prejudiciais de alimentos pouco saudáveis e conscientizar sobre os benefícios de dietas equilibradas e alimentos saudáveis para promover o consumo de alimentos mais saudáveis;

(d) Adotar, implantar e aplicar requisitos de perfis de rotulagem e nutricional, fáceis de entender, como a rotulagem tipo “semáforo”;

(e) Estimular as TNCs, por meio de incentivos e outras medidas fiscais, a fabricar e vender alternativas de alimentos e bebidas mais saudáveis que não sejam prejudiciais à saúde;

(f) Regular a publicidade, propaganda e promoção de alimentos pouco saudáveis, particularmente para mulheres e crianças; reduzir a visibilidade de alimentos pouco saudáveis e aumentar a visibilidade de opções mais saudáveis ao, por exemplo, exigir que supermercados coloquem frutas e legumes em locais mais acessíveis e visíveis.

65. Com o objetivo de garantir a obrigação de fazer valer o direito à saúde de grupos vulneráveis como crianças, mulheres e grupos de baixa renda, o Relator Especial recomenda que os Estados tomem as seguintes medidas:

(a) Abordar a questão dos estereótipos de gênero na preparação das refeições que colocam ônus desigual no ato de cozinhar sobre as mulheres;

(b) Formular e implantar programas de educação em saúde para promover opções alimentares saudáveis em ambientes institucionais como escolas, centros de saúde ou juventude e locais de trabalho ao envolver as crianças, pais e funcionários, respectivamente;

(c) Garantir que planos de bem-estar social para grupos de baixa renda disponibilizem informações importantes e forneçam acesso a opções alimentares mais saudáveis para eliminar “sobremesas como alimento”.

66. Reconhecendo o papel da indústria de alimentos no crescente ônus das DNTs, o Relator Especial recomenda que a indústria de alimentos tome as seguintes medidas:

(a) Adotar diretrizes de rotulagem nutricional internacionalmente aceitável e cumprir as diretrizes promulgadas em âmbito nacional a este respeito;

(b) Abster-se de comercializar, promover e anunciar alimentos pouco saudáveis para a população, especialmente para crianças;

(c) Investir na melhoria do teor nutricional dos alimentos pouco saudáveis;

(d) Aumentar a transparência das informações nutricionais nos produtos alimentícios, ao mesmo tempo deixando de apresentar alegações falsas e enganosas sobre saúde;

(e) Abster-se de enfraquecer os esforços de nutrição da saúde pública, inclusive por meio de financiamentos e divulgando pesquisas com vieses, instituindo grupos de fachada e realizando litígios caros e onerosos.

67. Com o objetivo de disponibilizar e mecanismos de responsabilização e corretivos e torná-los acessíveis às vítimas de violações, o Relator Especial recomenda que os Estados tomem as seguintes medidas:

(a) Garantir que os contratos internacionais de investimentos e comércio serão celebrados com total transparência e participação dos grupos afetados ao realizar discussões abertas antes, durante e depois da negociação dos contratos;

(b) Incentivar e promover monitoramento independente das atividades do Estado e da indústria de alimentos. Incentivar a participação das pessoas e comunidades locais afetadas no monitoramento de tais atividades;

(c) Garantir recursos por meio da legislação e mecanismos apropriados contra agentes dos Estados e não pertencentes aos Estados por deixar de tomar medidas em relação às suas obrigações segundo o direito à saúde e para cumprir seus compromissos internacionais para a redução de DNTs relacionadas com a dieta.

68. No que se refere às obrigações internacionais dos Estados, o Relator Especial recomenda que os Estados adotem as seguintes medidas:

(a) Concordar sobre a primazia do direito à saúde em contratos de investimentos e de comércio internacional e garantir que o direito à saúde não será comprometido pelas disposições destes contratos ou sua implantação;

(b) Estender a assistência e cooperação a outros Estados, que, devido aos recursos limitados a eles disponíveis, talvez não consigam atingir os padrões de nutrição exigidos, levando ao aumento do ônus das DNTs relacionadas com a dieta;

(c) Formular metas e adotar medidas concretas, em conjunto e individualmente, para reduzir o ônus das DNTs relacionadas com a dieta, de maneira a também levar em conta os recursos disponíveis de cada Estado.

----------------------------------

Notas

1. FAO, World Food Summit Plan of Action, parágrafo 1 (1996).
2. CESCR, General Comment 14, E/C.12/2000/4, parágrafo 43(b).
3. CESCR, General Comment 12, E/C.12/1999/5, parágrafo 14.
4. World Health Organization (WHO), “Unhealthy diets & physical inactivity”, NMH Fact Sheet, Junho de 2009. Disponível em http://www.who.int/nmh/publications/fact\_sheet\_diet\_en.pdf.
5. WHO, Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010 (Genebra, 2010, reimpresso em 2011), p. 9.
6. WHO, “10 facts on obesity”, Disponível em http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/index1.html.
7. M. Tokunaga et al., “Diets, nutrients and noncommunicable diseases”, The Open Nutraceuticals Journal , vol. 5 (2012), p. 152.
8. Rob Moodie et al., “Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries”, The Lancet (2013), vol. 381, No. 9867, p. 671: “Ultra-processed products are made from processed substances extracted or ‘refined’ from whole foods – e.g. oils, hydrogenated oils and fats, flours and starches, variants of sugar, and cheap parts or remnants of animal foods – with little or no whole foods.”
9. Ibid., pp. 671–672.
10. David Stuckler et al., “Manufacturing epidemics: the role of global producers in increased consumption of unhealthy commodities including processed foods, alcohol and tobacco”, PLOS Medicine, vol. 9, No. 6 (2012), p. 2.
11. Barry M. Popkin, “Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases”, American Journal of Clinical Nutrition, vol. 84, No. 2 (2006), pp. 289–298.
12. Corinna Hawkes, “Uneven dietary development: linking the policies and processes of globalization with the nutrition transition, obesity and diet-related chronic diseases”, Globalization and Health, vol. 2, No. 4 (2006).
13. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010 (veja nota de rodapé 5 acima), Chapter 2, NCDs and Development, p. 33.
14. Sharon Friel et al., “Measuring progress on diet-related NCDs: the need to address the causes of the causes”, The Lancet , vol. 381, No. 9870 (2013), pp. 903–904.
15. “Profits and pandemics” (veja nota de rodapé 8 acima), pp. 671–672.
16. “Manufacturing epidemics” (veja nota de rodapé 10 acima), pp. 1–2.
17. Tim Lang, “Food industrialisation and food power: implications for food governance”, Gatekeeper Series No. 114 (International Institute for Environment and Development, 2004), pp. 4–5.
18. Corinna Hawkes et al., “Linking agricultural policies with obesity and noncommunicable diseases: a new perspective for a globalising world”, Food Policy , vol. 27 (2012), pp. 344–345.
19. Ibid., p. 345.
20. Roberto De Vogli et al., “The influence of market deregulation on fast food consumption and body mass index: a cross-national time series analysis”, Bulletin of the World Health Organization, vol. 92 (2014), pp. 99–107A.
21. “Diets, nutrients and noncommunicable diseases” (veja nota de rodapé 7 acima), p. 148.
22. “Manufacturing epidemics” (veja nota de rodapé 10 acima), p. 5.
23. Corinna Hawkes, “The role of foreign direct investment in the nutrition transition”, Public Health Nutrition, vol, 8, No. 4 (2005), pp. 357–365.
24. Kakali Majumdar, “Foreign direct investment in Indian food processing industry”, Asian Journal of Research in Business Economics and Management , vol. 2, No. 4 (Abril 2012), p.113. Disponível em http://www.aijsh.org/setup/business/ paper139.pdf.
25. Corinna Hawkes, “Marketing activities of global soft drink and fast food companies in emerging markets: a review”, Globalization, Diets and Noncommunicable Diseases (Genebra, WHO, 2002), p. 1.
26. Barry M. Popkin et al., “The global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries”, Nutrition Reviews, vol. 70, No. 1 (2012), p. 8.
27. Abay Asfaw, “Supermarket purchases and the dietary patterns of households in Guatemala”, IFPRI Discussion Paper 00696 (Washington D.C., International Food Policy Research Institute, 2007), p. 1.
28. Ronald Labonté et al., “Framing international trade and chronic disease”, Globalization and Health, vol. 7, No. 21 (2011), p. 3.
29. “The role of foreign direct investment in the nutrition transition” (veja nota de rodapé 24 acima), p. 360.
30. “Marketing activities of global soft drink and fast food companies …” (veja nota de rodapé 26 acima), pp. 8–12.
31. “Profits and pandemics” (veja nota de rodapé 8 acima), p. 372.
32. University of East Anglia, “Supermarket offers: a healthy choice for consumers?”, 21 de novembro de 2012. Disponível em http://www.uea.ac.uk/mac/comm/media/press/2012/November/supermarkets-offers-paul-dobson.
33. NHS Choices, “Food labels”, 19 de junho de 2013, Disponível em http://www.nhs.uk/Livewell/Goodfood/Pages/food-labeling.aspx.
34. Sarah Boseley, “Mexico enacts soda tax in effort to combat world’s highest obesity rate”, The Guardian, 16 Janeiro 2014, Disponível em http://www.theguardian.com/world/2014/jan/16/mexico-soda-tax-sugar-obesity-health.
35. World Food Programme, Brazil: a Desk Review of the National School Feeding Programme (Julho 2007). Disponível em http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/newsroom/wfp207419.pdf.
36. Heart Foundation, The Supermarket as an Environment for Facilitating Dietary Behaviour Change (Junho 2012), pp. 14–15. Disponível em http://www.heartfoundation.org.au/SiteCollectionDocuments/NHF-Supermarket-rapid-review-FINAL.pdf.
37. Executive Office of the President of the United States, Solving the Problem of Childhood Obesity within a Generation: White House Task Force on Childhood Obesity Report to the President, (Washington D.C., Maio 2010), Recommendation 2.5. Disponível em http://www.letsmove.gov/sites/letsmove.gov/files/TaskForce\_on\_Childhood\_Obesity\_May2010\_FullReport.pdf.
38. WHO, Marketing Food to Children: the Global Regulatory Environment (Genebra, 2004), p. 13.
39. Institute of Medicine of the National Academics, Building Public–Private Partnerships in Food and Nutrition (Washington D.C., 2012), pp. 9–22. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK97331/pdf/TOC.pdf.
40. Barbara Fraser, “Latin American countries crack down on junk food”, The Lancet, vol. 382, No. 9890 (Agosto 2013), pp. 385–386.
41. “The role of foreign direct investment in the nutrition transition” (veja nota de rodapé 24 acima), p. 363.
42. Neal H. Hooker and Julie A. Caswell, “Trends in food quality regulation: implications for processed food trade and foreign direct investment”, Agribusiness, vol. 12, No. 5 (Setembro/Outubro 1996), pp. 411–419.
43. E/CN.4/Sub.2/2003/12/Rev.2. Veja também HR/PUB/11/04.
44. HR/PUB/11/04, Principle II, A.11.
45. Marion Nestle and David S. Ludwig, “Front-of-package food labels: public health or propaganda?”, Journal of the American Medical Association , vol. 303, No. 8 (2010), p. 772.
46. Kelly D. Brownell and Kenneth E. Warner, “The perils of ignoring history: big tobacco played dirty and millions died. How similar is big food?”, The Milbank Quarterly, vol. 87, No. 1 (2009), pp. 278–279.
47. Veja Dr. Margaret Chan, Director-General of WHO, opening address at the Eighth Global Conference on Health Promotion, Helsinki, 10 de junho de 2013. Disponível em http://www.who.int/dg/speeches/2013/health\_promotion\_20130610/en/.
48. Lori Dorfman et al., “Soda and tobacco industry corporate social responsibility campaigns: how do they compare?”, PLOS Medicine, vol. 9, No. 6 (2012), pp. 3–4.
49. Marion Nestle and Ted Wilson, “Food industry and political influences on American nutrition”, in Nutritional Health: Strategies for Disease Prevention, N J Temple et al. (eds.), 3rd ed. (Humana Press, 2012), p. 480.
50. David Stuckler et al., “Global health philanthropy and institutional relationships: how should conflicts of interest be addressed?”, PLOS Medicine, vol. 8, No. 4 (2011), p. 7.
51. NCD Alliance, “A focus on children and non-communicable diseases (NCDs)”, position paper prepared for the United Nations Summit on Non-Communicable Diseases, New York, Setembro 2011, p. 5.
52. Ibid, p. 7.
53. NCD Alliance, “Children in every policy: recommendations for a lifecourse approach to NCDs”, briefing paper, Maio 2011, p. 2.
54. “A focus on children and non-communicable diseases (NCDs)” (veja nota de rodapé 54 acima), p. 5.
55. WHO Regional Office for Europe, Marketing of Foods High in Fat, Salt and Sugar to Children: Update 2012–2013 (Copenhagen, 2013); Consumers International, The Junk Food Trap: Marketing Unhealthy Food to Children in Asia Pacific (London, 2008).
56. Yale Rudd Center for Food Policy and Obesity, Fast Food Facts 2013: Measuring Progress in the Nutritional Quality and Marketing of Fast Food to Children and Teens (Robert Wood Johnson Foundation, Princeton, 2013), p. 63.
57. Patricia M. Anderson and Kristin F. Butcher, “Reading, writing and raisinets: are school finances contributing to obesity?”, National Bureau of Economic Research Working Paper No. 11177, (Cambridge, 2005), p. 5. Disponível em http://www.nber.org/papers/w11177.pdf.
58. Fast Food Facts 2013 (veja nota de rodapé 59 acima), p. 29.
59. Patricia Allen and Carolyn Sacks, “Women and food chains: the gendered politics of food”, International Journal of Sociology of Food and Agriculture, vol. 15, No. 1 (2007), pp. 9–10.
60. Ibid., pp. 2–4.
61. Food Research and Action Center, “Do the data show a link between obesity and poverty?”, fall 2010, Disponível em http://frac.org/wp-content/uploads/2010/09/do\_data\_show\_obesity\_poverty\_link\_brief.pdf; Carlos A. Monteiro et al., “Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review”, Bulletin of the World Health Organization, vol. 82, No. 12 (Dezembro 2004), pp. 940–946.
62. “Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries” (veja nota de rodapé acima); WHO, A Framework to Monitor and Evaluate Implementation: a Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health (Genebra, 2008), parágrafo 8.
63. Veja WHO Regional Office for the Western Pacific, Non-Communicable Disease and Poverty: the Need for Pro-Poor Strategies in the Western Pacific Region: a Review (Genebra, 2007), pp. 29–32.
64. Ibid., pp. 8–9.
65. Nicole Darmon and Adam Drewnowski, “Does social class predict diet quality?”, American Journal of Clinical Nutrition, vol. 87, No. 5 (Maio 2008), pp 1107–1117.
66. Mayuree Rao et al., “Do healthier foods and diet patterns cost more than less healthy options? A systematic review and meta-analysis”, BMJ Open, vol. 3, No. 12 (2013).
67. Policy Link and The Food Trust, The Grocery Gap: Who has Access to Healthy Food and Why it Matters (2010).
68. DD Reidpath et al., “An ecological study of the relationship between social and environmental determinants of obesity”, Health Place, vol. 8, No. 2 (2002), pp. 141–145.
69. Gian-Paolo Ravelli et al., “Obesity in young men after famine exposure in utero and early infancy”, New England Journal of Medicine, vol. 295, No. 7 (1976), pp. 349–353.
70. Food Research and Action Center, “Food insecurity and obesity: understanding the connections”, spring 2011, Disponível em http://frac.org/pdf/frac\_brief\_understanding\_the\_connections.pdf.
71. Food Research and Action Center, “How improving federal nutrition program access and quality work together to reduce hunger and promote healthy eating”, Fevereiro 2010, Disponível em http://www.frac.org/pdf/CNR01\_qualityandaccess.pdf.
72. Katherine Bauer et al., “‘How can we stay healthy when you’re throwing all of this in front of us?’ Findings from focus groups and interviews in middle schools on environmental influences on nutrition and physical activity”, Health Education and Behavior, vol. 31, No. 1 (Fevereiro 2004), pp. 40–41.
73. World Trade Organization, Principles of the trading system, http://www.wto.org/english/thewto\_e/whatis\_e/tif\_e/fact2\_e.htm.
74. ASEAN [Association of Southeast Asian Nations] Comprehensive Investment Agreement, Article 1 (c). Disponível em http://aseansummit.mfa.go.th/14/pdf/Outcome\_Document/ASEAN%20Compre%20Invest%20Agreement.pdf.
75. Sharon Friel et al., “A new generation of trade policy: potential risks to diet-related health from trans Pacific partnership agreement”, Globalization and Health, vol. 9, No. 46 (2013), p. 2.
76. Sarah E. Clark et al., “Exporting obesity: US farm and trade policy and the transformation of the Mexican consumer food environment”, International Journal of Occupational and Environmental Health, vol. 18, No. 1 (2012), p. 54.
77. WHO, Draft comprehensive global monitoring framework and targets for the prevention and control of noncommunicable diseases, A66/8. Disponível em http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\_files/WHA66/A66\_8-en.pdf.
78. Michael R. Taylor, “Preparing America’s food safety system for the twenty-first century”, Resources, No. 127 (spring 1997), p. 16. Disponível em http://rff.org/Documents/Resources/Resources-127\_Taylor.pdf.
79. Gwynne Skinner et al., The Third Pillar: Access to Judicial Remedies for Human Rights Violations by Transnational Business (ICAR/CORE/ECCJ, 2013), p. 11. Disponível em http://accountabilityroundtable.org/wp-content/uploads/2013/02/The-Third-Pillar-Access-to-Judicial-Remedies-for-Human-Rights-Violation-by-Transnational-Business.pdf.
80. Kelley Lee and Meri Koivusalo, “Trade and health: is the health community ready for action?”, PLOS Medicine, vol. 2, No. 1 (2005), p. 14.
81. World Trade Organization, “Members discuss guidelines for trade-friendly regulation and STOP sign for ‘junk food’”, 13 de março de 2013, Disponível em http://www.wto.org/english/news\_e/news13\_e/tbt\_13mar13\_e.htm.
82. WHO, Trade, Trade Agreements and Non-Communicable Diseases in the Pacific Islands (2013), p. 10.
83. “Manufacturing epidemics” (veja nota de rodapé 10 acima), p.6.
84. “A new generation of trade policy” (veja nota de rodapé 78 acima), p. 5.
85. Joint statement of Asia–Pacific Economic Cooperation (APEC) Ministers at the 2010 APEC Ministerial Meeting, Yokohama, 11 de novembro de 2010. Disponível em http://www.apec.org/Meeting-Papers/Ministerial-Statements/Annual/2010/2010\_amm.aspx.
86. Anne Marie Thowa and Benn McGrady, “Protecting policy space for public health nutrition in an era of international investment agreements”, Bulletin of the World Health Organization, vol. 92 p. 142. Disponível em http://www.who.int/bulletin/volumes/92/2/13-120543.pdf.
87. NCD Alliance, “Food, nutrition, diet and non-communicable diseases”, Disponível em http://www.wcrf.org/PDFs/PPA\_NCD\_Alliance\_Nutrition.pdf.
88. Shanthi Mendis, “The policy agenda for prevention and control of non-communicable diseases”, British Medical Bulletin, vol. 96, No. 1 (2010), p. 37.
89. G.F. Anderson, “Missing in action: international aid agencies in poor countries to fight chronic disease”, Health Affairs, vol. 28, No. 1 (Janeiro–Fevereiro 2009), pp. 202–203.
90. Prevention and control of non-communicable diseases: Report of the Secretary-General (A/66/83); Pan American Health Organization, CARMEN: an Initiative for Integration of Prevention of Noncommunicable Diseases in the Americas (Washington D.C., 2003). Disponível em http://www.paho.org/carmen/wp-content/uploads/2012/06/CARMEN-General-Overview.pdf.
91. A new global partnership: eradicate poverty and transform economies through sustainable Development: report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda, p. 38. Disponível em http://www.un.org/sg/management/pdf/HLP\_P2015\_Report.pdf.
92. WHO, Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020 (Genebra, 2013), Objective 3, pp. 31–32. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236\_eng.pdf?ua=1.
93. Human Rights Watch, “UN Human Rights Council: weak stance on business standards”, 16 de junho de 2011, Disponível em http://www.hrw.org/news/2011/06/16/un-human-rights-council-weak-stance-business-standards.