

Observatório sobre Regulação Inter nacional de Fatores de Risco Associados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis



NETHIS

NÚCLEO DE ESTUDOS SOBRE
BIOÉTICA E DIPLOMACIA EM SAÚDE



FIOCRUZ

Relatório Técnico de Pesquisa “Projeto Observatório de Regulação Internacional de Fatores de Risco Associados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis”

Fundação Oswaldo Cruz – Gerência Regional de Brasília

Diretora: Fabiana Damásio

Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde

Coordenador: José Paranaguá de Santana

Roberta de Freitas Campos

Revisão e edição

Roberta de Freitas Campos

André Freire

Brasília, 2024

Sumário

1. Chile	3
1.1. Sistema de Saúde	3
1.1.1. Evolução Histórica	3
1.1.2. Principais Atores do Sistema Chileno de Saúde	9
2. Sistema Regulatório para os Fatores de Risco	15
2.1. Agrotóxicos	18
2.2. Álcool	22
2.3. Tabaco	25
2.4. Alimentos Ultraprocessados	26
3. Metodologia	27
4. Identificação das Regulações	31
4.1. Tabaco	34
4.2. Álcool	38
4.3. Alimentos Ultraprocessados	40
4.4. Agrotóxicos	44
5. Internalização	48
5.1. Agrotóxicos	48
Referências	51

Observatório de Regulação Internacional de Fatores de Risco Associados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis

- Identificação de regulações nos países-

1. Chile

1.1. Sistema de Saúde

1.2. Evolução Histórica

O sistema de saúde chileno experimentou uma série de mudanças e acompanhou as alterações do perfil epidemiológico bem como o desenvolvimento político-econômico nacional. As origens desse sistema datam dos anos 1500, quando foi instalado o primeiro estabelecimento de saúde do país: o Hospital San Juan de Dios, em 1552. Nesse período, a filantropia era uma das marcas essenciais dos serviços de saúde e, ainda no século XIX, segue como um dos pilares fundamentais da saúde pública na sociedade do Chile (MINSAL, 2015, p. 11).

Contudo, o sistema de saúde começa a se desenvolver efetivamente apenas no século XVI, com a instalação de hospitais e serviços básicos, como a promulgação do Regulamento Orgânico da Junta de Beneficência, em 1886. A instalação desse Regulamento coincide com uma maior incidência regulatória do Estado no contexto da epidemia da cólera, em 1886, quando se aprovou a **Lei de Polícia Sanitária** – base da Comissão de Higiene (MINSAL, 2015, p. 12).

Mais tarde, em 1907, o Ministério do Interior cria uma seção de administração sanitária, que daria origem ao Ministério da Higiene, Assistência e Previsão Social, de 1924. Em 1918 foi estabelecido o primeiro Código Sanitário da República do Chile, que fundamentava a vacinação, desinfecção pública, inspeção sanitária, profilaxias, tratamento de doenças infecciosas, estações sanitárias provinciais, controle de exercício da medicina e serviços sanitários (MINSAL, 2015, p. 12). Ainda na primeira metade do século XX, foi criado o Serviço Médico Nacional de Empregados (SERMENA), em 1942, demarcando normativamente

a responsabilidade pública pela promoção de saúde e prevenção, mas com enfoque aos empregados contribuintes com o fundo. **O Ministério da Saúde foi criado anos mais tarde, em 1959.**

Esses eventos foram antecedentes ao **Serviço Nacional de Saúde (SNS)**, de 1952, cujo escopo centralizado abarca diversos organismos públicos (ISAGS, 2012, p. 299). O SNS foi estabelecido durante o governo de don Gabriel González Videla, quatro anos após o estabelecimento do *National Health Service* da Grã-Bretanha. O SNS apresentou-se como resultado da fusão entre o Serviço de Bem-estar (hospitais), o serviço médico do Fundo de Seguro do Trabalhador, a Autoridade de Proteção à Infância, os serviços médicos dos distritos municipais, setor de acidentes do Ministério do Trabalho e o Instituto Bacteriológico. Assim, uma única instituição ficou com toda a responsabilidade de proteção da saúde (medicina preventiva) (Valdivieso e Juricic, 1977, p. 1; Goic, 2015, p. 777). Junto com o SNS, uma série de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde foram implementadas, dentre elas os serviços sanitários essenciais (Goic, 2015, p. 774). O advento do SNS ampliou a cobertura do SERMENA, agora englobando tanto os empregados contribuintes como o restante da população (ISAPRE, 2016, p. 10).

Inicialmente, as ações do SNS estavam ancoradas em uma estrutura nacional: Zonas de Saúde Regionais (coordenadas por um Diretor Médico) e uma rede de hospitais. Por meio dessa estrutura nacional funcionavam ações integrais de saúde, as quais eram o *locus* de implementação de vários e importantes programas sanitários específicos de promoção da saúde e de prevenção de doenças (Goic, 2015, p. 778). O desenvolvimento do SNS foi complementado, gradualmente, com uma série de ações governamentais como o maior estímulo à formação de médicos, utilização de Hospitais Regionais visando ao avanço na gestão de uma consciência coletiva da população chilena com relação ao sistema público de saúde. Essa consciência coletiva também contribuiu para a criação de uma **cultura sanitária**¹ na população do Chile, segundo Goic (2015, p. 778). Contudo, com as reformas da ditadura militar chilena, o SNS deu lugar ao **Sistema Nacional de Serviços de Saúde (SNSS)**, em 1979,

¹ “Conjunto de focos e heranças inseridas ao longo da história do Chile, tanto no nível de instituições formais como no espaço simbólico refletido na visão e discurso da cidadania a respeito de temas sanitários” (MINSAL, 2015, p. 10).

como resultado da fusão do SNS e do **Serviço Médico Nacional dos Empregados**. O SNSS está integrado pelo Ministério da Saúde e seus órgãos dependentes.

Dos anos 1970 até os anos 1990, o mote da descentralização *pari passu* as reformas neoliberais e os ímpetus desenvolvimentistas da ditadura chilena ditaram várias reformas do sistema de saúde. Assim, a forma atual do sistema de saúde é fruto das grandes reformas levadas a cabo pela administração Pinochet (1973-1990). Apesar de grave falta de financiamento da saúde pública chilena nesse período, o sistema de saúde público continuou sendo responsável por boa parte da cobertura da população. Não obstante a cobertura do sistema público, a política de saúde ampliou as desigualdades no acesso e provisão de serviços (Barrientos, 2002, p. 446).

No cenário internacional, o movimento neoliberal de redução do papel do Estado expandia-se e ia sendo adotado paulatinamente nos países. Assim, o sistema de saúde chileno passou por uma drástica reforma neoliberal nos anos 1980 com a criação de um sistema dual: público e privado, tanto no financiamento como na provisão de serviços de saúde (Larrañaga, 2000, p. 416). Demais disso, essas reformas influenciaram de duas maneiras centrais. Primeiro, por ter apresentado uma variável importante no desenvolvimento econômico chileno. Segundo, viabilizou-se uma competição entre seguros privados e públicos de saúde, permitindo uma competição e liberdade de escolha dos cidadãos chilenos (Barrientos, 2002, p. 443).

Nesse mesmo período, a publicação de uma nova constituição nacional consagra o direito à proteção da saúde como uma garantia constitucional. O Artigo 19, parágrafo 9 da Constituição do Chile prevê o seguinte, sobre direito à proteção da saúde:

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de la rehabilitación del individuo. Le corresponderá asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.

A adoção do sistema misto de saúde representou um avanço nesse sistema, até então fornecido exclusivamente pelo setor público, ampliando a margem de escolha do cidadão contribuinte entre pagar pelo sistema privado ou pelo sistema público (ISAPRE, 2016, p. 11).

Esse movimento de escolha entre os dois sistemas deu origem às *Instituciones de Salud Previsional* (ISAPREs), o qual possui legislação própria para regular as entidades privadas que recebem as contribuições de saúde, diminuindo assim o papel do Estado na provisão e financiamento dos serviços de saúde (ISAPRE, 2016, p. 11). A desigualdade, na questão da saúde, também diminuiu, uma vez que todos os cidadãos (trabalhadores ou não) teriam acesso a um sistema de saúde.

Além das reformas neoliberais, o Chile, assim como grande dos países sul-americanos, passou por uma ditadura militar ao longo da segunda metade do século XX, cujos reflexos no sistema de saúde são notáveis. Alguns exemplos foram: a reorganização descentralizada do SNS, denominado posteriormente de **Sistema Nacional de Serviços de Saúde** (SNSS) - agora descentralizado em 17 organizações autônomas e com jurisdição delimitada a determinadas áreas -, municipalização da atenção primária, criação do **Fundo Nacional de Saúde** (FONASA) que dá suporte financeiro ao SNSS e tem função descentralizada com personalidade jurídica e capital próprios (Unger et al., 2008, p. 543; ISAGS, 2012, p. 300; Manuel, 2002, p. 60). Essas mudanças foram todas projetadas pela promulgação da Constituição Chilena de 1980, cujo foco em serviços de saúde primária tiveram especial atenção.

Já no retorno à democracia, a partir dos anos 1990, a coalizão centro-esquerda buscou reduzir as desigualdades nos serviços da saúde deixadas nos anos anteriores por meio de outras estratégias de descentralização (Barrientos, 2002, p. 446). Nessa década, várias leis foram promulgadas a fim de fortalecer o sistema público de saúde e regular a atividade privada. Um dos resultados desse movimento foi a criação da Superintendência das ISAPREs (Lei Nº 18.933, de 1990), tornando-se Superintendência da Saúde, em 2005 (ISAPRE, 2016, p. 12). A Lei Nº 19.381, de 1995, estabeleceu um conteúdo mínimo dos contratos, eliminou os períodos de carência e detalhou os serviços que são passíveis de exclusão da cobertura de planos de saúde. Enquanto isso, a Lei de Emergências (Lei Nº 19.650, de 1999) e de Cobertura para Doenças Catastróficas (Circular Nº 55, de 2000) foram editadas (ISAPRE, 2016, p. 14).

No sistema público, medidas de melhoria foram feitas nos serviços hospitalares: recuperação dos serviços com maiores investimentos em infraestrutura, aumentando contratações e seus respectivos salários (ISAPRE, 2016, p. 13). Alguns indicadores financeiros permitem notar essas mudanças na estratégia governamental para os serviços de saúde, como

o aumento das transferências públicas à saúde (de 0.7%, em 1989, para 1.3%, em 1996) e a duplicação, em termos reais, do orçamento público da saúde entre 1990 e 1997 (Barrientos, 2002, p. 447).

Anos mais tarde, entre 2003 e 2005, o presidente don Ricardo Lagos Escobar iniciou uma grande tentativa de reforma do sistema de saúde, o Plano de Acesso Universal a Garantias Explícitas em Saúde (Lei 19.966, de 2005), chamado de **Plano AUGE**, cuja Ministra da Saúde à época era Michelle Bachelet, depois eleita presidenta chilena. O Plano AUGE, que substituiu o Sistema de Serviços de Saúde, visou ao acesso oportuno, de qualidade e com proteção financeira para 80 patologias², dentre eles o câncer em crianças, câncer de mama, transtornos isquêmicos do corno, HIV/AIDS e diabetes. Além disso, essa estratégia estabelece um plano de saúde de caráter obrigatório às instituições públicas e privadas a fim de expandir os serviços a um número maior de pessoas ao passo que engloba um maior número de doenças (ISAGS, 2012, p. 300; ISAPRE, 2016, p. 13).

Grande parte da reforma implementada pelo Plano AUGE trouxe marcos legais importantes em 2002, ano em que um conjunto de projetos de lei foram enviados ao parlamento. Primeiro, a Lei de Autoridade Sanitária e Gestão (Lei 19.937), que separa as funções de provisão de serviços sanitários e regulação do setor, fortalecendo assim a autoridade sanitária e promovendo maior participação cidadã (ISAGS, 2012, p. 300). Essa Lei, que entrou em vigor em 2004, também foi responsável por uma maior participação cidadã no desenvolvimento de políticas públicas para o tabaco. Segundo, Lei de Solvência das ISAPREs (Lei Nº 19.985, de 2003) visando à proteção e à estabilidade dos afiliados das ISAPREs. Terceiro, a Lei que modificou o financiamento das ISAPREs buscando uma melhor transparência e potência do papel da Superintendência de Saúde (BECERRIL-MONTEKIO; REYES; ANNICK, 2011, p. s141; ISAGS, 2012, p. 301).

Quarto, a Lei do Regime Geral de Garantias em Saúde, que criou um sistema de garantias explícitas de acesso, oportunidade, qualidade e proteção financeira para um conjunto de patologias prioritárias. Essa lei assegura o acesso à prestação de serviços de saúde

² As patologias inseridas nas Garantias Explícitas de Saúde são determinadas pelo Ministério da Saúde (MINSAL) e seguem o procedimento estabelecido pela lei e suas regulações, que também devem ser aprovadas pelo Ministério de Finanças (em respeito ao orçamento do FONASA) (ISAPRE, 2016, p. 16).

de qualidade para 69 patologias, além de reduzir as desigualdades de acesso à saúde (independentemente de o cidadão ser ou não cotista do sistema público ou privado de saúde) (ISAGS, 2012, p. 336). Demais disso, o Plano AUGE trouxe instrumentos legais, estruturais e de gestão que permitiram avançar nos direitos e definições de funções das estruturas sanitárias a nível nacional e regional (BECERRIL-MONTEKIO; REYES; ANNICK, 2011, p. s142; ISAGS, 2012, p. 301).

À luz da evolução histórica do sistema de saúde chileno, vale ressaltar que, entre 1952 e 2014, as políticas públicas de saúde desse país possibilitaram uma melhora dos índices de saúde como, por exemplo, queda da mortalidade infantil (117,8 para 8,2 por 1000 nascimentos), crianças menores de 5 anos desnutridas (276 para 18,5 por 1000) e aumento da expectativa de vida ao nascer (de 50 para 79,8 anos). Esses resultados possibilitam colocar o Chile no rol de países que apresentam os melhores níveis de saúde da América Latina (junto com Cuba e Costa Rica) (BECERRIL-MONTEKIO; REYES; ANNICK, 2011, p. s134).

O significativo desenvolvimento socioeconômico também contribuiu para a melhoria no sistema nacional de saúde do Chile (crescimento econômico, maior nível educacional populacional, progresso dos conhecimentos, tecnologias médicas, entre outros) (Goic, 2015, p. 784). Esse crescimento econômico e desenvolvimento social consubstanciaram a evolução de uma série de diretrizes sobre os determinantes sociais de saúde. Entre essas diretrizes que combinam políticas de proteção social e saúde, encontram-se: o Sistema de Proteção Integral à Infância (Chile Cresce Contigo), bolsas de educação escolar e superior, subsídio ao emprego jovem, subsídios de subsistência, Chile solidário, seguro desemprego (garantias específicas de saúde e saúde laboral) e pensão básica solidária (ISAGS, 2012, p. 336).

Apesar desses avanços nas últimas duas décadas, alguns desafios ao sistema de saúde chileno devem ser mencionados: 1) dificuldade de acesso da população à atenção médica em consultórios periféricos, com alta burocratização, desigualdade na situação da saúde e deficiência organizacional (Goic, 2015, p. 783); 2) o desafio da pobreza: uma grande porcentagem da população chilena não está em condições de assumir os custos de atenção com a saúde, situação necessária e prioritária de atuação estatal para organizar seus sistemas sanitários e de atenção médica (Goic, 2015, p. 784); 3) envelhecimento progressivo da

população combinada com a carga crescente de patologias degenerativas de alto custo (BECERRIL-MONTEKIO; REYES; ANNICK, 2011, p. s142).

O Chile (47,4%), junto com os EUA (46,1%), é um dos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que tem **menores cifras de investimento público em saúde**, sendo a média dos países da OCDE de 72% (Goic, 2015, p. 774). Mudanças demográficas e alterações na configuração dos índices de saúde vieram acompanhadas de uma **transição epidemiológica caracterizada por uma crescente incidência de doenças crônicas não transmissíveis** e com grande número de mortes derivado de doenças cardiovasculares, que afetam mais da metade da população adulta, e doenças respiratórias crônicas, depressão e diabetes (BECERRIL-MONTEKIO; REYES; ANNICK, 2011, p. s134).

Assim, a fim de entender de que forma o atual sistema de saúde chileno opera, é necessário compreender sua estrutura organizacional, seus atores e competência de seus órgãos reguladores para temas sensíveis à saúde pública nacional, como as doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco.

1.3. Principais Atores do Sistema Chileno de Saúde

O setor privado, constituído pelas **Instituições de Saúde Previdenciário (ISAPRE)**, cobre 17,5% da população chilena. O **subsistema privado** configura-se por empresas privadas de prestação e garantia dos serviços de saúde, clínicas, centros médicos privados de serviços de saúde, laboratórios e farmácias (ISAGS, 2012, p. 305). A criação das ISAPREs como opção de uma opção à cobertura pública à saúde permitiu à população chilena receber serviços de saúde pelo setor privado, reduzindo as demandas do setor público sem usar contribuições fiscais - recursos que se concentram na rede pública e no FONASA (ISAPRE, 2016, p. 24).

Em termos organizacionais, as ISAPREs são divididas em dois tipos: abertos (qualquer usuário com condições de pagamento) e fechados (limitados a trabalhadores de uma empresa ou setor econômico), operando como prestadores privados de saúde (BECERRIL-MONTEKIO; REYES; ANNICK, 2011, p. s134). As ISAPREs possuem três obrigações legais gerais: 1) cobrir exames de medicina preventiva cujo conteúdo e periodicidade se encontram claramente definidos; 2) seguro de pagamento do salário do afiliado em caso de doença e 3) proteção de

mulheres grávidas e crianças menores de seis anos (BECERRIL-MONTEKIO; REYES; ANNICK, 2011, p. s136).

A **saúde laboral** possui um regime público-privado, o qual é regulado pela Lei N° 16.744 do Ministério do Trabalho e estabelece cotizações obrigatórias para seus segurados e empregados. Esse regime, que cobre todos os empregados do país, é coordenado por administradores públicos (Instituto de Normalização Previdenciário e Serviços de Saúde) e por entidades privadas (*Mutuales de Seguridad*). Os funcionários do Estado chileno gozam de um plano de carreira sanitário, que conta com marcos normativos laborais específicos (ISAGS, 2012, p. 332).

O sistema público é coberto majoritariamente pelo SNSS, que foi descentralizado em 26 autoridades territoriais autônomas de saúde. Essas entidades foram responsáveis pelos cuidados hospitalares, enquanto que a atenção de saúde primária foi transferida para as municipalidades (Unger et al. 2008, p. 543; Gandolfo, 1994, p. 6). Essas autoridades territoriais se dividem nas 15 regiões chilenas e suas 54 províncias, nas quais se encontram 345 municipalidades (administração de uma comuna ou de agrupamento de comunas) e 346 comunas (municípios)

No que tange aos atores desse **sistema público**, a autoridade sanitária reguladora central é o **Ministério da Saúde (MINSAL)**. O MINSAL cumpre funções normativas, de avaliação e controle, coordenação de cooperação internacional em saúde, vigilância em saúde pública, manutenção de base de dados nas matérias de sua competência, formulação do orçamento setorial, definição de objetivos sanitários nacionais, desenho de políticas e programas, formulação e atualização do Sistema de Acesso Universal com Garantias Explícitas (AUGE) e o Plano Nacional de Saúde bem como coordenação setorial para o logro dos [Objetivos Sanitários](#) da década (2011-2020) (BECERRIL-MONTEKIO; REYES; ANNICK, 2011, p. s135; MINSAL, 2018). Em termos normativos, o Decreto com Força de Lei n° 1 de 2005 estabeleceu que o MINSAL é responsável por fixar políticas, ditar normas, aprovar planos e programas, bem como avaliar as ações desses programas.

Criado em 1959 (Decreto com Força de Lei n° 25), o MINSAL também determina a coordenação entre diretivas governamentais e as regras do Código Sanitário do país, as quais também servem como referência aos prestadores de atenção à saúde do setor privado,

fixando normas de investimento de estabelecimentos públicos que integram as redes assistenciais. Esse Ministério também coordena as redes assistenciais, estabelece padrões mínimos de prestação de serviço em saúde (sistema de certificação de especialidades), designa protocolos de atenção em saúde e formulação de políticas que incorporem um enfoque de saúde intercultural nos programas de saúde (MINSAL, 2018). Assim, a vigilância em saúde pública é coordenada pelo MINSAL.

São atribuições do Ministério da Saúde a supervisão da rede de atenção primária, através do estabelecimento de normas técnicas, administrativas e financeiras de funcionamento. O MINSAL possui dois organismos diretamente dependentes: a Subsecretaria de Saúde Pública e a Subsecretaria de Redes Assistenciais. Ainda, a SSP coordena os seguintes organismos: **FONASA, Instituto de Saúde Pública, Centro de Abastecimento (CENABAST) e Superintendência de Saúde** e seus **29 Serviços de Saúde Regional**.

O **Fundo Nacional de Saúde (FONASA)**: serviço descentralizado responsável por captar e administrar recursos financeiros provenientes de impostos e tarifa dos afiliados do sistema público. O FONASA é responsável pela administração do pagamento do SNSS e dos serviços municipais de saúde, também atuando como controlador dos gastos públicos do Ministério da Saúde (BECERRIL-MONTEKIO; REYES; ANNICK, 2011, p. s137). O FONASA cobre tanto seus cotistas (aqueles que cotizam 7%³ de seus ingressos para a saúde) como aquelas que não possuem recursos para financiar tratamentos de saúde (ISAGS, 2012, p. 312).

Por seu turno, o **Instituto de Saúde Pública** é a instituição responsável para questões de saúde pública e supervisiona os laboratórios públicos nas questões pertinentes a controle de qualidade e importação de medicamentos, bem como regula assuntos de saúde ambiental, saúde ocupacional e controle de qualidade das vacinas. Desse modo, o ISP fiscaliza e controla todos os medicamentos que são produzidos e vendidos no país, incluindo cosméticos e dispositivos de uso médico (BECERRIL-MONTEKIO; REYES; ANNICK, 2011, p. s140; ISP, 2018). O ISP é um serviço público com autonomia de gestão, personalidade jurídica e patrimônio

³ A contribuição obrigatória dos beneficiados pelo FONASA cresceu ao longo do tempo. Inicialmente, era de 4%, subindo sucessivamente para 5% e 6% em 1983. A atual cota de 7% foi definida em 1987 (Barrientos, 2002, p. 446).

próprio, dependendo o Ministério da Saúde para a aprovação de suas políticas, normas e planos gerais de atividades bem como supervisão de sua execução (ISP, *online*).

A **Central de Abastecimento do Sistema Nacional de Serviços de Saúde (CENABAST)** é um organismo descentralizado e possui função de abastecimento de fármacos e insumos clínicos aos estabelecimentos do SNSS, aos estabelecimentos municipais e àqueles ligados ao setor público, como hospitais das forças armadas ou universidades (ISAGS, 2012, p. 312; CENABAST, 2018).

Enquanto o Ministério da Saúde supervisiona, avalia e controla o conjunto das políticas de saúde, a **Superintendência de Saúde** (chamada de Superintendência de ISAPRE até 2005 e criada pela Lei Nº 18.933) é responsável pelo registro e fiscalização das instituições de saúde no país, sobretudo as ISAPRE, FONASA e prestadores de saúde públicos e privados (Larrañaga, 2000, p. 417). Assim, a Superintendência abarca duas intendenções: 1) a Intendência de Fundos e Seguros Previdenciários de Saúde (fiscaliza as atividades das ISAPREs, Regime de Garantia de Saúde e FONASA) e 2) Intendência de Prestadores: responsável pelas atividades dos prestadores de serviço público.

Além disso, a Superintendência é funcionalmente descentralizada e ligada à Presidência da República via Ministério da Saúde, possuindo, portanto, capital próprio e personalidade jurídica própria. Becerril-Montekio, Reyes e Annick (p. s139) apontam que a Superintendência busca empoderar as pessoas através do fornecimento de informações, educação e participação a fim de assegurar a garantia de seus direitos e deveres em saúde.

A **Subsecretaria de Saúde Pública (SSP)** é órgão dependente do MINSAL que busca avançar no cumprimento dos Objetivos Sanitários da década (2011-2020). Para esse fim, a SSP tem como função assegurar a todas as pessoas o direito à proteção à saúde através de regulações, normativas e fiscalização. Entre seus objetivos estratégicos, pontuam-se os seguintes: 1) desenvolver políticas públicas que estimulem estilos e hábitos de vida saudáveis (programas de prevenção e promoção de saúde); 2) proteger a saúde dos cidadãos frente aos riscos sanitários (fortalecer a capacidade nacional de emergência, fiscalizar os planos de ação); 3) fortalecer as Comissões de Medicina Preventiva e Invalidez; 4) otimizar o funcionamento das SEREMIS e a implementação do Regime de Garantias Explícitas em Saúde; 5) fortalecer as

políticas de saúde pública orientadas para a redução de desigualdade dos grupos em situação de risco (MINSAL, 2018)⁴.

Além da SSP, a **Subsecretaria de Redes Assistenciais (SRA)** também está sob o eixo organizacional do MINSAL. Sua função principal é regular e supervisionar o funcionamento das redes de saúde mediante o desenho de políticas, normas, planos e programas para satisfazer as necessidades de saúde da população usuária (MINSAL, 2018)⁵.

Com o apoio das **Secretarias Regionais Ministeriais de Saúde (Seremis)**, atualmente 15, o MINSAL vela pelo cumprimento das normas em matéria de saúde. As Seremis estão vinculadas à SSP e atuam de acordo com as realidades regionais de saúde. Dentre suas funções, destacam-se: 1) executar ações de promoção à saúde; 2) adotar medidas sanitárias (autorizações sanitárias de sua competência, informes em matéria sanitária); 3) acompanhamento de execução de ações promotoras de saúde; 4) organizar e apoiar o funcionamento da Comissão de Medicina Preventiva e Invalidez (ISAGS, 2012, p. 311; CHILE, 2004). As Seremis foram criadas junto com as reformas do Plano AUGE a fim de separar os papéis de execução e governança do MINSAL. Assim, as Seremis retêm as funções administrativas e de execução, fornecendo assistência a uma rede de sistema de saúde em paralelo com o FONASA (ISAPRE, 2016, p. 16).

Regidos pela Lei Nº 19.937 de 2004 encontram-se os **Serviços de Saúde**, responsáveis pela articulação, gestão e desenvolvimento da rede assistencial para a execução de ações integradas de saúde. Os Serviços de Saúde são organismos descentralizados estatais e possuem personalidade jurídica e patrimônio próprios, pois são uma continuidade dos extintos SNS e do Serviço Médico Nacional de Empleados. Ainda, quando existirem mais de

⁴ 1. **Ley Nº18.834**, Estatuto Administrativo.2. **Ley Nº19.490**. 3. **Ley Nº 19.937**, Autoridad Sanitaria y Gestión.4. **Ley Nº 19.966**, Régimen de Garantías en Salud. 5. **DFL Nº29** de 1993, Fija la Planta de Personal del Ministerio de Salud.6. Decreto **Ley Nº2763** de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud y Organismos Autónomos. 7. Decreto Supremo Nº98, de 1991, Sobre Normas de Contratación de Personal a Honorarios.8. Decreto 136. de septiembre del 2004 Reglamento orgánico el Ministerio de Salud.

⁵ 1. **Ley Nº18.834**, Estatuto Administrativo.2. **Ley Nº19.490**. 3. **Ley Nº 19.937**, Autoridad Sanitaria y Gestión.4. **Ley Nº 19.966**, Régimen de Garantías en Salud. 5. **DFL Nº04** de 2004, Fija la Planta de Personal de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.6. Decreto **Ley Nº2763** de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud y Organismos Autónomos. 7. Decreto Supremo Nº98, de 1991, Sobre Normas de Contratación de Personal a Honorarios.8. Decreto Nº136. de 2005, Reglamento orgánico el Ministerio de Salud.

um Serviço de Saúde na região, existirá um Conselho de Coordenação de Redes Regionais (ISAGS, 2012, p. 311-12).

O processamento e disseminação de informações de saúde é realizado pelo **Departamento de Estatística e Informação em Saúde**, vinculado ao Ministério da Saúde (BECERRIL-MONTEKIO; REYES; ANNICK, 2011, p. s139). Esse Departamento exerce função chave ao recolher dados de todos os estabelecimentos do Sistema Público de Saúde a fim de subsidiar a adoção de políticas sanitárias do MINSAL.

Ainda no âmbito de informações, pesquisa e desenvolvimento científico-tecnológico, o **Fundo Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde (Fonis)** foi criado pelo Ministério da Saúde e da Comissão Nacional de Pesquisa Científica e Tecnológica a fim de promover pesquisa aplicada em saúde de qualidade para a geração de conhecimentos necessários para resolver a situação de saúde de sistemas desamparados da população (Fonis, 2018). Assim, o Fonis fornece subsídio informacional para a tomada de decisão e desenho de políticas sanitárias em decisões clínicas (ISAGS, 2012, p. 343).

Os **Centros de Atenção Primária** também formam parte do SNSS. Eles são responsáveis por atividades de fomento e prevenção de saúde, sendo administrados pelos municípios (Gandolfo, 1994, p. 6; Larrañaga, 2000, p. 417). No que respeita à participação dos cidadãos chilenos na elaboração e acompanhamento das políticas de saúde, as **Direções de Serviços Regionais de Saúde**, implementados com o Plano AUGE, servem como instâncias consultivas de participação popular sobre o plano de saúde pública regional visando à melhoria de políticas de saúde regionais, assim como ocorre nas Oficinas de Informações, Reclamações e Sugestões (OIRS) (BECERRIL-MONTEKIO; REYES; ANNICK, 2011, p. s141).

Ainda no **subsistema público** encontra-se a rede de prestação de serviços de saúde das Forças Armadas, controlada pelo Ministério de Defesa. Essa rede engloba prestadores de serviços próprios e oferecem uma cobertura nacional que integra medicina preventiva (ISAGS, 2012, p. 305).

No que tange à **utilização dos sistemas**, o sistema público é responsável pela cobertura de 74,4% da população chilena (3.427.665 pessoas de um total de 18.282.901), enquanto o sistema privado cobre 18,7% da população (1.256.597 pessoas). 6,9% da população participa de outro sistema de saúde (como o das Forças Armadas, por exemplo) (FONASA, 2016).

Sobre o **financiamento dos sistemas de saúde**, o Estado atua de duas formas: 1) aporte público direto: fornecido pelo Governo Central ao MINSAL e ao Ministério da Defesa para financiar as instituições de saúde; 2) aporte público indireto: cotizações obrigatórias efetuadas pelos trabalhadores às empresas e transferências de outros Ministérios para o MINSAL. De outro lado, o aporte privado também se divide em direto e indireto. Aporte privado direto consiste em contribuições das pessoas enquanto o aporte privado indireto consiste em cotizações adicionais. Até 2006, 74% do financiamento total da saúde chilena advinha do setor público e 26% eram aportes privados (ISAGS, 2012, p. 314-5). Atualmente, o governo chileno gasta 8,4% do seu PIB com saúde, sendo 5,1%/PIB de gastos compulsórios do governo (OECD, 2016).

O percentual de usuários do sistema público de saúde é dividido entre o Fundo Nacional de Saúde, através do SNSS e de sua rede de 29 Serviços Regionais e do Sistema Municipal de Atenção Primária, que cobrem cerca de 70% da população nacional. 3% da cobertura se dá pelos **Serviços de Saúde das Forças Armadas** enquanto que 7% correspondem a trabalhadores independentes e suas famílias que não participam do FONASA, mas, em caso de necessidade, utilizam o setor público.

2. Sistema Regulatório para os Fatores de Risco

O Decreto com Força de Lei (DFL) 1, de 17 de Novembro de 2001 – sobre Bases Gerais da Administração do Estado, em seu artigo 22 estabelece que os Ministérios são órgãos superiores de colaboração do Presidente da República em funções de governo e administração nos seus respectivos setores, campos específicos. Assim, é passível aos ministérios a proposição e avaliação de políticas e planos correspondentes, bem como o estudo e proposição de normas aplicáveis aos setores, velando pelo cumprimento de normas ditadas, dotação de recursos e fiscalização de atividades, conforme o artigo 22 da referida normativa (CHILE, 2001).

A previsão de criação de Subsecretarias – como ocorre na Subsecretaria de Saúde Pública – está prevista no Artigo 24 do DFL nº1, esses organismos terão chefes colaboradores imediatos dos Ministros, autoridade de confiança do Presidente da República. O papel dos chefes superiores das Subsecretarias é o de “coordenar a ação dos órgãos e serviços públicos

do setor, atuar como ministros de fé, exercer a administração interna do Ministério e cumprir as demais funções assinaladas por lei”, aborda o Artigo 24 do DFL nº1 (CHILE, 2001).

As Subsecretarias, conforme o Artigo 26 do DFL nº 1, dividir-se-ão **territorialmente**: “Os Ministérios [...] se desconcentrarão territorialmente mediante Secretarias Regionais Ministeriais, as quais estarão a cargo de um Secretário Regional Ministerial” (CHILE, 2001), como as Secretarias Regionais Ministeriais da Saúde (Seremis). Ademais, os Ministérios podem ser divididos em níveis hierárquicos pelo seguinte, de acordo com a importância relativa e o volume de trabalho da respectiva função: 1) Divisão; 2) Departamento; 3) Seção; 4) Oficina. À guisa de exemplo, o Chile possui uma Oficina de Tabaco, criada em 2005, vinculada ao Ministério da Saúde.

Os serviços públicos, dentre os quais a saúde, são centralizados ou descentralizados. Enquanto os serviços centralizados atuarão sob personalidade jurídica e com bens e recursos públicos supervisionados pelo Ministério correspondente, os serviços descentralizados possuem patrimônio próprio e podem ser descentralizados funcionalmente ou territorialmente. Um Diretor é denominado para exercer a chefia de um serviço público. Não obstante, o DFL nº1 (Art. 29) estabelece a criação de conselhos ou órgãos colegiados na estrutura dos serviços públicos.

O controle dos serviços públicos está previsto pelo mesmo DFL nº1, Artigo 28:

Os serviços públicos são órgãos administrativos encarregados de satisfazer as necessidades coletivas, de maneira regular e contínua. Estarão submetidos à dependência e vigilância do Presidente da República através dos respectivos Ministérios, cujas políticas, planos e programas devem ser aplicados [...] (CHILE, 2001).

Para o exercício das atribuições e faculdades próprias dos serviços públicos, poderá haver delegação de atribuições. Essa delegação funcionará e seguirá, *inter alia*, as seguintes questões: 1) delegação parcial, em matérias específicas; 2) responsabilidade pelas decisões administrativas recairá ao delegado, sem prejuízo de responsabilidade pelo delegado; 3) delegação é essencialmente revogada.

Especificamente sobre o Código Sanitário do Chile, a Lei nº 19.937, de 2008, estabelece uma nova concepção de autoridade sanitária nesse país, com distintas modalidades de gestão a fim de fortalecer a **participação cidadã**. Essa lei aponta o seguinte: ao MINSAL compete formular, fixar e controlar as políticas de saúde, bem como exercer a coordenação do setor

de saúde nos planos e programas sanitários, definir objetivos sanitários nacionais, coordenar os setores para o logro desses objetivos, cooperação internacional. É estabelecido ainda que o MINSAL é o responsável pela vigilância em saúde pública e por avaliar a situação da saúde pública nacional.

Mediante essa Lei (19.937/2008), a autoridade sanitária (Ministério da Saúde) chilena pode estabelecer, mediante resoluções, protocolos de atenção à saúde, que são instruções sobre o manejo operativo de problemas de saúde determinados. Já no Artigo 1º da referida Lei, é indicado que O MINSAL regeerá todas as questões relacionadas com o fomento, proteção e recuperação da saúde dos habitantes chilenos, sendo que o Presidente da República ditará, uma vez informado pelo Diretor Geral de Saúde, os regulamentos necessários à aplicação das normativas contidas no Código Sanitário.

Demais disso, conforme o Artigo 9 da Lei 19.937/2008, o Subsecretário de Saúde Pública sub-rogará o Ministro do MINSAL em primeira ordem, sendo responsável por matérias relativas à promoção da saúde, vigilância, prevenção e controle de doenças que afetam as populações e grupos de pessoas. As Municipalidades chilenas também possuem, conforme o Artigo 4 da Lei Orgânica Constitucional de Municipalidades (Lei nº 18.695/2006, atualizada em 2018) a competência para exercer diretamente ou com outros órgãos da Administração do Estado, funções relacionadas com saúde pública. Desse modo, algumas regulações para os fatores de risco foram emitidas por Municipalidades, *mas não de forma concorrente à competência do Ministério da Saúde.*

Em que pese a classificação dos documentos regulatórios chilenos, eles estão categorizados em circulares⁶, decretos⁷, decretos-lei⁸, decretos com força de lei⁹, lei¹⁰, ordenança¹¹, regulamento interno¹² e resolução¹³.

A partir desse arrazoado normativo da organização ministerial do Estado e dos serviços públicos para a saúde, a próxima seção busca apresentar os organismos e agências competentes, dentro do sistema jurídico chileno, para os quatro fatores de risco associados às doenças não transmissíveis: tabaco, álcool, agrotóxicos e alimentos ultraprocessados.

2.1. Agrotóxicos

Além de apresentar um dos menores investimentos em saúde entre os países da OCDE, o Chile, em 2009 (ano de entrada do país na OCDE), possuía um dos maiores níveis de uso de agrotóxicos: 10.7 kg ha⁻¹, enquanto os países da Organização possuíam uma média de 0.21 ha⁻¹, especialmente nas regiões de Coquimbo, Valparaíso e Metropolitana, regiões localizadas no centro-norte chileno, que é a parte do país que tem a área mais importante de verduras. Esse elevado número pode ser explicado pelas medidas fitossanitárias severas impostas pelos países importadores do Chile (ELGUETA et al., 2017). Por exemplo, nos dados de NEFF et al. (2012), o Chile figura no rol dos países que mais exportaram alimentos (laranjas) com resíduo de pesticida (Zeta-Cypermethrin) para os EUA.

⁶ “Comunicação através da qual se informa ao público sobre promulgação, modificação ou supressão de normativa” (BCC, *online*, <http://www.bcentral.cl/web/guest/circulares>).

⁷ “Norma ditada por qualquer autoridade sobre os assuntos ou negócios de sua competência. Quando emana do Presidente da República se denomina Decreto Supremo” (BCN, *online*).

⁸ “Atividade legislativa dos governos em períodos de anormalidade constitucional, consistente em uma norma ditada pelo Executivo sobre matérias próprias de uma Lei, sem que o Poder Legislativo intervenha” (BCN, *online*).

⁹ “Corpos normativos que emanam do Presidente da República e que recaem sobre matérias legais, em virtude de uma delegação de faculdades do Parlamento, ou para fixar o texto refundido, coordenado ou sistematizado das leis” (BCN, *online*).

¹⁰ “Declaração dos órgãos legislativos de caráter abstrata, geral e obrigatória, criada segundo os procedimentos assinalados na Constituição e que tem por objeto mandar, proibir ou permitir uma determinada conduta” (BCN, *online*).

¹¹ Classe de resoluções que dita o prefeito com acordo do Conselho Municipal, caracteriza-se por ser normas gerais e obrigatórias aplicáveis à comunidade, dentro do território da comuna.

¹² “Deve contemplar as obrigações e proibições a que estejam submetidos os trabalhadores”. (Dirección de Trabajo, *online*).

¹³ “Norma ditada por qualquer autoridade inferior da administração central sobre assuntos ou negócios de sua competência, em virtude de uma delegação de atribuições do Presidente da República” (BCN, *online*).

Além disso, ELGUETA et al. (2017, 110) argumentam que 27% das verduras analisadas em uma pesquisa na região centro-norte chilena estavam com níveis acima dos permitidos internacionalmente pelo Comitê de Resíduos em Alimentos, do Codex Alimentarius. Dentre os pesticidas detectados, fungicidas e inseticidas foram os mais comuns e as categorias 1a e 1b – severamente perigosos e muito perigosos – são amplamente utilizadas no país. Em que pese os agrotóxicos 1a e 1b de ordem organofosforada, é importante mencionar seu efeito adverso na saúde. Os organofosforados atuam como inibidores de colinesterasa, enzima essencial para a função nervosa saudável (ROZAS, s.d.). Ademais, uma pesquisa realizada pelo SAP e Instituto Nacional de Pesquisas Agropecuárias do Chile, entre 2006 e 2007, apontou que 63% das verduras e frutas consumidas no Chile continham resíduos de agrotóxicos muito perigosos (QUEZADA, 2011, 99).

O Decreto com Força de Lei 725 (Código Sanitário), publicado em 31 de janeiro de 1968 estabelece, em seu parágrafo II – Das Substâncias Tóxicas e Perigosas para a Saúde, os organismos competentes para a regulação dos agrotóxicos. O Artigo 90 desse código aponta as condições de fabricação, importação, armazenamento, distribuição e manipulação de pesticidas para uso sanitário e doméstico, bem como a manipulação dos que podem afetar a saúde humana. A partir desse marco legal, foram identificadas agências com competência de regular *plaguicidas* (pesticidas) e fertilizantes, os dois termos oficiais identificados pelas normas chilenas para a regulação de agrotóxicos. As regulações são emitidas, majoritariamente, por dois órgãos do Poder Executivo: 1) Ministério da Saúde e 2) Ministério da Agricultura.

Intitulado de **Regulamento de Pesticidas de Uso Sanitário e Doméstico** (Decreto 157 de 30 de Junho de 2007), editado pelo MINSAL e Subsecretaria de Saúde Pública, essa normativa estabelece a forma das fumigações de agrotóxicos, as condições e restrições de segurança para a saúde das pessoas, a forma e ocasiões em que devem ser informadas a realização aos trabalhadores e vizinhos, as medidas de precaução necessárias para evitar o acesso de pessoas e dos trabalhadores ao lugar afetado, bem como o período de aplicação, ditados pela Autoridade Sanitária (Artigo 5, Lei 19.937/2004). O Decreto 157 vai além ao estabelecer, no Artigo 93, que “nenhum pesticida poderá ser importado ou fabricado no país sem autorização do Diretor Geral de Saúde [...] sendo necessário o registro correspondente”.

O Departamento de Epidemiologia, vinculado ao MINSAL, é o locus de desenvolvimento do sistema de vigilância de agrotóxicos. Esse Departamento coordena e apoia a implementação desse sistema em nível nacional, além de realizar análise epidemiológica nacional, assessorar a autoridade sanitária nessa matéria e apoiar a implementação de medidas de controle de intoxicações por agrotóxicos. Também é função desse Departamento o monitoramento e avaliação do sistema de vigilância (REVEP, 2007). Esse sistema de monitoramento ainda conta com o Departamento de Estatística e Informação em Saúde do MINSAL para apoiar no desenvolvimento do sistema de informação e gestão.

As Secretarias Regionais de Saúde (Seremis)¹⁴, dentro de suas áreas de competência, devem emitir certificados de destino aduaneiro, bem como autorizar a fabricação dos agrotóxicos e sua venda, distribuição, autorização, aplicação, manipulação, transporte e eliminação desses produtos em conformidade com o Código Sanitário. Em síntese, o ISP regula pesticidas de uso doméstico e sanitário¹⁵ enquanto que o SAP regula aqueles de uso agrícola e veterinário.

Com essa finalidade de organizar e realizar instruções acerca dos produtos pesticidas de uso sanitário e doméstico (avaliação, autorização, registro) foi criada a *Unidad de Plaguicidas y Desinfectantes* (Unidade de Pesticidas e Desinfetantes), cuja criação estava prevista pelo Decreto 157 de 2005. Essa unidade visa a assegurar a população que esses produtos, de impacto sanitário, sejam eficazes e seguros. Para tanto, a Unidade, vinculada ao Instituto de Saúde Pública, elabora, *inter alia*, resoluções de autorização ou rejeição de solicitações de registro sanitário, modificações ou renovações (ISP, 2018). O ISP possui também um do Departamento de Saúde Ocupacional e Laboratório Ambiental do ISP, onde ocorrem as definições de técnicas de laboratórios para indicadores biológicos e o monitoramento e avaliação de laboratórios públicos e privados que realizam exames para agrotóxicos (REVEP, 2007).

¹⁴ As Seremis devem, dentro de sua área de competência: implementar e garantir o funcionamento da rede de notificação em sua jurisdição; identificar e comunicar imediatamente ao MINSAL sobre mortes involuntárias por intoxicação aguda de agrotóxicos; investigar casos de intoxicação aguda; realizar análises epidemiológicas regionais e locais; difundir informações; avaliar o funcionamento do sistema de vigilância (REVEP, 2007).

¹⁵ “Destinados a combater vetores sanitários e pragas no ambiente das casas, seja no interior ou exterior das mesmas, edifícios, indústrias e processos industriais, containers, lojas, estabelecimentos educacionais, comerciais, parques, jardins e cemitérios e em meios de transporte terrestre, marítimo e aéreo, assim como repelentes ou atraentes não aplicados diretamente sobre a pele humana ou animal” (CHILE, 2007, p. 10).

Do ponto de vista do controle de agrotóxicos, o Ministério da Agricultura também tem competência regulatória e a operacionalização dessa competência ocorre mediante o Serviço Agrícola e Pecuário. Em sua Lei Orgânica, esse Serviço Agrícola e Pecuário, doravante SAP, possui função de contribuir para o desenvolvimento agropecuário do país através da proteção, manutenção e incremento da saúde animal e vegetal, bem como o controle de insumos e produtos agropecuários sujeitos a regulação em normas legais (CHILE, 1989). Na mesma Lei, no Artigo 3, as competências do SAP são as seguintes: a) aplicar e fiscalizar normas sobre prevenção, controle e erradicação de pragas; b) adotar medidas a fim de evitar a introdução no território nacional de pragas e doenças que possam afetar a saúde animal e vegetal; c) propor ao Ministério de Agricultura a formulação de disposições legais e normas técnicas para a consecução dos objetivos do SAP.

Diante do exposto, o SAP é a autoridade encarregada de regular a fabricação, importação, exportação, distribuição, venda, aplicação e posse de pesticidas de uso agrícola. Assim, o SAP “aplica e fiscaliza o cumprimento das normas legais sobre produção e comércio de [...] pesticidas, fertilizantes”, de acordo com o Art. 3 da Lei nº 18.755 de 1989 (CHILE, 1989). Em adição, o Decreto Lei n. 3.557 de 1980, atualizado em 2008, dispõe sobre proteção agrícola e, mais especificamente, sobre pesticidas e fertilizantes. Entre os Artigos 32 a 41, uma série de especificações das atribuições do SAP são apresentadas para a regulação de fertilizantes e pesticidas.

O SAP tem competência para regular e controlar a autorização e pós-registro de agrotóxicos de uso agrícola no Chile, com vistas a desenvolver ação permanente de revisão, manutenção e atualização de sua normativa em relação às Convenções internacionais das quais o país faz parte (ex.: Código Internacional de Conduta sobre Manejo de Pesticidas da FAO e o grupo de trabalho do Comitê de Sanidade Vegetal do Cone Sul – COSAVE). A competência para notificar casos derivados de intoxicações pelo uso de agrotóxicos ou produtos fitossanitários é do Serviço de Saúde, conforme a Lei 20.308 de 2008.

Há, ainda, a Agência Chilena para Inocuidade Alimentária¹⁶ (criada em 2005), vinculada ao Ministério Secretaria Geral da Presidência, com vistas a revisar a institucionalidade que controla, inspeciona e fiscaliza os alimentos no Chile, propondo uma Política Nacional de Inocuidade de Alimentos (proposta em 2009). Desde 2011, a Comissão Assessora Presidencial passa a depender administrativamente do Ministério da Agricultura. A função básica dessa Agência é a de coordenar todos os atores participantes da cadeia dos alimentos, desde os produtores, transformadores e distribuidores, passando pelos que inspecionam e fiscalizam até chegar ao consumidor final. O objetivo da Agência é o de reduzir os riscos e perigos para a saúde humana em qualquer parte dessa cadeia.

Para lidar com casos de intoxicação por agrotóxicos, o Chile possui um estabelecimento assistencial sob responsabilidade do Delegado de Epidemiologia. As funções desse estabelecimento são: implementar o sistema de vigilância, identificar e notificar casos suspeitos de intoxicação, participar da pesquisa e medidas de prevenção e controle, divulgação de resultados e diagnósticos (REVEP, 2007).

2.2. Álcool

Para a regulação do consumo de álcool, a Lei 18.455/1985, atualizada em 2009, prevê as seguintes atribuições e obrigações do Serviço Agrícola e Pecuarista (SAP): a) fiscalizar o cumprimento das normas de controle contidas na Lei 18.455/1985 de Produção, Elaboração e Comercialização de Álcool, Bebidas Alcoólicas e Vinagres; b) exigir os antecedentes necessários para a fiscalização e cumprimento da Lei a respeito de produção, elaboração, armazenamento, embalagem, comercialização, importação, exportação e transporte de produtos alcoólicos; c) estabelecer método de análises para os laboratórios; d) determinar as substâncias que devem ser utilizadas na desnaturalização de álcool; e) registrar bebidas alcoólicas que são comercializadas no país.

Em matéria de prevenção e reabilitação do consumo de drogas e álcool, foi criada um Serviço Nacional para a Prevenção e Reabilitação do Consumo de Drogas e Álcool (SENDA) (Lei

¹⁶ Fazem parte dessa Agência: Subsecretário de Agricultura (atual presidente), Subsecretários de Saúde Pública, Economia, Pesca; Diretor da Direção Geral de Relações Econômicas Internacionais e Representante do Ministério Secretaria Geral da Presidência.

20502/2011). Esse serviço público descentralizado possui personalidade jurídica e está subordinado a vigilância do Presidente da República por intermédio do Ministério do Interior e Segurança Pública. A função central desse serviço é a execução de políticas em matéria de prevenção do consumo abusivo de álcool e substâncias psicotrópicas, buscando articular uma estratégia nacional de drogas e álcool (Artigo 19, Lei 20502/2011).

Além disso, são funções desse Serviço: a) elaborar uma estratégia nacional de prevenção do consumo de drogas e álcool; b) elaborar, aprovar e desenvolver programas de capacitação e difusão para a prevenção do consumo abusivo de drogas e álcool; c) manter base de dados atualizadas, bem como sistematizar e analisar os antecedentes relevantes sobre o fenômeno de drogas e álcool no Chile; d) coordenar com organismos nacionais e internacionais sobre os temas relativos a prevenção, tratamento e reabilitação do consumo de drogas e álcool (Lei 20502/2011). Ressalta-se que o SENDA busca dar continuidade ao Conselho Nacional para o Controle de Drogas, criado em 1990.

Ademais, a Subsecretaria de Prevenção de Delitos, subordinada ao Ministério de Interior e Segurança Pública, possui competência de: a) propor ao Ministro de Interior e Segurança Pública as políticas e programas em matérias de prevenção do consumo de substâncias psicotrópicas e ingestão abusiva de álcool, bem como o tratamento, reabilitação e reinserção social (Artigo 13, Lei 20502/2011). Dentro do âmbito da segurança pública, adiciona-se que “todos os estabelecimentos que distribuam, vendam, proporcionem bebidas alcoólicas, estarão sujeitas à vigilância e inspeção de *Carabineros de Chile*¹⁷ e dos inspetores municipais e fiscais, no âmbito de suas respectivas competências” (Lei 19925/2004). Além disso, o Ministério da Justiça, mediante a Lei N° 19.925, é o responsável por determinar o texto e o formato do pôster fixado em lugares de fornecimento de bebidas alcoólicas (Resolução 485/2015).

De outro lado, enfatiza-se que o Ministério da Saúde e os organismos assistenciais velam sempre pela saúde e bem-estar dos indivíduos (Decreto 172/2005), sendo responsável por aqueles que apresentem dependência de álcool (Artigo 130, DFL 725/1968, atualizado em 2017). Por conseguinte, o Decreto 172/2005 assinala a importância de se estabelecer um “[...]”

¹⁷ Instituição de polícia ostensiva (uniformizada) militar do Chile.

vínculo complementar entre as entidades do setor de polícia local municipal, responsável pelas ações de caráter corretivo, e o setor de saúde, de índole preventiva e recuperativa, ambas em benefício das pessoas e da comunidade afetadas”. Assim, compete ao MINSAL o estabelecimento de uma regulamentação de caráter propriamente **assistencial** – serviço de prevenção, tratamento ou reabilitação – de benefício pessoal ou comunitário, prescindindo de toda conotação sancionatória ou discriminatória (Decreto 172/2005).

Dessa maneira, o MINSAL possui competência assistencial para promover programas de tratamento e reabilitação de álcool e drogas em modalidade de atenção especial e gratuita para as pessoas que infringem as disposições da Lei 19.925 sobre consumo e fornecimento de álcool. Esses tratamentos serão oferecidos mediante Serviços de Saúde. São abarcados por esse dispositivo “os reincidentes em condução de veículos sob efeito de álcool e em estado de embriaguez” (Artigo 1, Decreto 172/2005). Sob o escopo do MINSAL, é papel do Diretor do Serviço de Saúde designar um profissional idôneo da área de saúde a fim de desempenhar no Programa de Atenção de Álcool e Drogas, o qual dará as instruções para que os estabelecimentos e profissionais vinculados atuem devidamente para a atenção eficaz dos participantes desse programa.

O MINSAL também terá competência, no âmbito assistencial, para: a) controle das patentes – vendas e distribuição de bebidas alcoólicas -, que não poderá ser superior a um estabelecimento por cada 600 habitantes (Artigo 7, Lei 19.925/2004); b) em todos os Serviços de Saúde do Chile haverá um programa de tratamento e habilitação para pessoas que apresentam um consumo prejudicial de álcool e dependência, com estabelecimento de programas para menores de 18 anos (Artigo 33, Lei 19.925/2004).

As Municipalidades também possuem atribuições e funções com relação à regulação de álcool, podendo outorgar patentes para o fornecimento de bebidas alcoólicas tanto na parte urbana quanto rural. Mais precisamente, as Ordenanças emitidas pelas Municipalidades (ex.: Ordenanza 19 de 29/01/2010, da Municipalidade de Cerro Navia) procuram regular patentes e registros de álcool e horário de funcionamento de estabelecimentos de fornecimento de bebidas alcoólicas. Essa competência das Municipalidades está prevista pela Lei N° 18.695 de 1988, Lei Orgânica Constitucional de Municipalidades, e pela Lei N° 19.925/2004 (Artigo 6°).

2.3. Tabaco

De maneira similar com o que ocorre com a regulação dos agrotóxicos, o Artigo 90 do Código Sanitário chileno prevê as disposições iniciais acerca dos organismos competentes para regular o tabaco. Nesse sentido, o tabaco entra como produto a ser controlado por ser considerado “substância tóxica e produto perigoso [...] que signifiquem risco para a saúde, segurança ou bem-estar dos seres humanos e animais”. O mesmo artigo determina que produtos com a caracterização supracitada “não poderão ser importados ou fabricados no país sem autorização prévia da Direção Geral de Saúde”, sendo o Diretor Geral de Saúde o responsável para controlar essas substâncias.

Desse modo, o Ministério da Saúde e sua *Subsecretaría de Salud Pública* (Subsecretaria de Saúde Pública, doravante SSP) são os organismos competentes para a regulação do tabaco no Chile. Essa competência é observada mediante o Decreto Supremo 136 de 2004 o qual, no Artigo 29, estabelece que as áreas funcionais de competência da SSP estão associadas a “[...] prevenção e controle de doenças, políticas públicas em saúde e administração”. Além disso, a SSP é o organismo competente para avançar no cumprimento dos Objetivos Sanitários da Década (2011 – 2020), no qual se inclui o controle ao tabagismo dentro do Objetivo Estratégico 3: “desenvolver hábitos e estilos de vida saudáveis, que favoreçam a redução dos fatores de risco associados à carga de doenças da população” (MINSAL, 2015, p. 113).

Outra evidência da competência do Ministério da Saúde para a regulação do tabaco advém da promulgação da Lei 20.660 de 2013, que modifica a Lei 19.419, em matéria de ambientes livres de fumo de tabaco. A Lei 20.660 – emitida pelo MINSAL em conjunto com a SSP – destaca que o Ministério da Saúde será responsável por atender as advertências e zelar pela vigência da Lei Antitabaco Chilena (Lei 20.660/2013) e, dentre vários pontos, é o organismo responsável por regular “[...] as quantidades de produtos de tabaco e a distribuição de advertência neles”.

Ressalta-se, ademais, que o Artigo 9 dessa Lei prevê que o “fabricante ou o importador de produtos de tabaco deverão informar anualmente ao Ministério de Saúde [...] sobre seus constituintes e os aditivos incorporados, em quantidade e qualidade, bem como a substâncias utilizadas para o tratamento de tabaco” (tradução nossa). Confirma-se a competência do Ministério da Saúde para regulação de tabaco pelas seguintes disposições normativas,

elencadas no Artigo 9 da Lei 20.660/2013: 1) o MINSAL poderá proibir o uso de aditivos e substâncias no tabaco, quando esses elementos aumentarem os níveis de vício, dano ou risco aos consumidores desses produtos; 2) o MINSAL poderá estabelecer limites máximos e mínimos de substâncias na composição do tabaco.

Finalmente, dos 118 documentos regulatórios identificados no marco legal chileno, 50 (42%) deles foram emitidos apenas pelo Ministério da Saúde e 47 (39%) emitidos pelo Ministério da Saúde em conjunto com a Subsecretaria de Saúde Pública e Instituto de Saúde Pública, indicando o papel central do MINSAL na regulação do tabaco para finalidade de saúde pública e controle de fatores de risco, em consonância com os Objetivos Sanitários da Década (2011 – 2020).

O Ministério da Fazenda é emissor de 11 (9%) normativas, as quais regulam apenas questões tarifárias e de impostos aplicados no tabaco, sem menção explícita à saúde nas regulações Segundo o Artigo 17 do Decreto Lei N° 828 de 1974, o Ministério da Fazenda estabelece normas para o cultivo, elaboração, comercialização e impostos que afetam o tabaco. Esse mesmo artigo dispõe como requisito para a comercialização de produtos de tabaco a obtenção de uma resolução do Ministério da Saúde para que esses produtos possam ser extraídos da aduana ou das fábricas. As outras 10 regulações foram emitidas por órgãos como Ministério de Relações Exteriores, Ministério do Trabalho, Municipalidades e Ministério de Educação.

2.4. Alimentos Ultraprocessados

O marco normativo que orienta a regulação dos alimentos no Chile é o Decreto 977, de 13 de maio de 1997, atualizado em 2018, emanado do Ministério da Saúde.

A Lei 20.606 de 2012, atualizada em 2015, sobre a composição nutricional dos alimentos e sua publicidade foi emitida pelo Ministério da Saúde e sua Subsecretaria de Saúde Pública. Essa lei coloca o Chile no rol de países com uma legislação avançada para alimentos ultraprocessados. De maneira geral, é o Ministério da Saúde, por meio da Subsecretaria de Saúde Pública, que é o responsável pelo cumprimento e execução da Lei 20.606/2012. Em seu Artigo 2, a referida lei estabelece que os “fabricantes, produtores, distribuidores e

importadores de alimentos deverão informar, nas etiquetas, os ingredientes do produto e seus aditivos expressados em ordem decrescente de proporção [...]”.

Esse mesmo artigo inclui o Ministério da Saúde, mediante o Regulamento Sanitário dos Alimentos, como o organismo competente para determinar a “[...] forma, tamanho, cor, proporção, características e conteúdo das etiquetas e rótulos nutricionais dos alimentos, [...] de forma que sejam visíveis e de fácil compreensão pela população”. Para tanto, uma mensagem de alerta é utilizada para comidas não saudáveis (aquelas que excedem os níveis propostos de nutrientes críticos, ex.: sódio, açúcar, gorduras saturadas), pelo Ministério da Saúde. Essa mensagem é na forma de um octógono em preto e branco que deve ocupar, pelo menos, 10% da parte frontal da embalagem do produto (CORVALÁN et al., 2013, p. 84).

Outrossim, o MINSAL obriga as seguintes informações nas embalagens: calorias, açúcares, sódio e gorduras saturadas, sendo o próprio Ministério o responsável por determinar os alimentos que apresentem conteúdo elevado desses quatro ingredientes sendo estes rotulados como “elevado em calorias”, “elevado em sal” ou com outra denominação (Artigo 5 da Lei 20.606/2012) (CHILE, 2012).

O MINSAL é responsável também por determinar as características da publicidade de alimentos efetuada por meios de comunicação, os quais deverão promover hábitos de vida saudáveis (Artigo 6 da Lei 20.606/2012). Essa promoção de estilos de vida saudáveis é também competência do MINSAL que, além de ser um dos objetivos sanitários da década, é uma responsabilidade desse Ministério junto ao Ministério da Educação, que devem “dispor, em conjunto, de um sistema obrigatório de monitoramento nutricional dos alunos da educação pré-escolar, básica e média” (Artigo 6 da Lei 20.606/2012). Ressalta-se, outrossim, que é competência do MINSAL a “definição dos objetivos sanitários nacionais” (Decreto-Lei 2.763/1979, atualizado em 2004).

Vinculada ao MINSAL, “a Secretaria Regional Ministerial de Saúde autoriza e fiscaliza, dentro de seu território de competência, a instalação de locais destinados a produção, elaboração, embalagem, armazenamento, distribuição e venda de alimentos [...]”, de acordo com o Código Sanitário chileno (CHILE, 1968).

3. Metodologia

A pesquisa sobre o sistema de saúde chileno ocorreu em duas frentes: 1) online/digital e 2) em acervo físico. A busca inicial se deu guiada pela pergunta: “Como funciona o sistema de saúde chileno?”, visando a entender os aspectos normativo-jurídicos do Estado chileno. Para esse fim, as buscas foram em dois idiomas: inglês e espanhol. Optou-se pelas seguintes bases de dados/busca: 1) Google Scholar; 2) Portal de Periódicos da CAPES; 3) Web of Science; 4) Scopus; 5) BVS Fiocruz.

Nesses sites de busca, as palavras utilizadas para a pesquisa do sistema de saúde nacional foram (em inglês e espanhol): Chile AND health system; Chile AND sistema de salud; Chile AND health policy; Chile AND salud publica; regulación de salud AND Chile utilizando-se o filtro por relevância, uma vez que são apresentados primeiro os resultados que contenham as duas palavras chave. A escolha pelo termo “sistema de saúde” deu-se por ser um conceito holístico, que engloba tanto questões evolutivo-históricas (ex.: evolução do sistema de saúde) como jurídico-normativas (ex.: competências regulatórias, agências, atores), que foram consideradas eixos dessa análise.

- TITLE-ABS-KEY (chile AND health AND regulation) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "SOC") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "ARTS"))
- TITLE-ABS-KEY (chile AND health AND structure) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "MEDI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "SOC") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "ARTS"))

É importante reter que os indicadores sanitários globais escondem, em seu interior, realidades muito diversas entre regiões, cidades, comunidades de um determinado país, mas buscam expressar razoavelmente debilidades e forças de sua condição sanitária (Goic, 2015, p. 745). Foram buscados também livros e material bibliográfico no acervo físico do Nethis, em Brasília.

A busca de regulações foi feita, prioritariamente, no site da Biblioteca do Congresso Nacional do Chile (BCN), onde estão localizados os documentos oficiais emanados dos poderes Legislativo e Executivo. Dessa forma, essa base de dados foi o grande norteador, mas não exclusivamente. Contudo, as palavras e buscadores mudaram de tema para tema. Ressalta-se que as legislações derogadas não foram consideradas na análise, tampouco aquelas

regulações que não foram editadas, promulgadas, modificadas ou criadas entre 2005 e 2018, sendo este o período em que se enquadra a presente pesquisa.

Para o tema agrotóxico, o [Servicio Agrícola y Ganadero](#) do Chile apresenta a nomenclatura de **plaguicida**. A busca, realizada na base de dados da Biblioteca do Congresso Nacional chileno também incluiu, de maneira complementar, o termo **pesticida**, pois é um termo sinônimo de *plaguicida*, conforme estabelecido pelo Decreto 157 de 2005: *“Plaguicida o Pesticida: Cualquier sustancia, mezcla de ellas o agente destinado a ser aplicado en el medio ambiente, animales o plantas, con el objeto de prevenir, controlar o combatir organismos capaces de producir daños a personas, animales, plantas, semillas u objetos inanimados”*. O termo *plaguicida* foi traduzido, para o português, como **pesticida**, em conformidade com o termo empregado na Convenção de Roterdã, revisada em 2015. Portanto, o termo *“plaguicidas de uso domestico y sanitario”* não foram incluídos na pesquisa.¹⁸

Para a inclusão das regulações no *template* de regulação nacional foram adotados dois critérios centrais. O primeiro deles se refere à pertinência da regulação para alimentos, ou seja, a relação direta entre alimentos e agrotóxicos é central na regulação. Para esse primeiro critério, as regulações emanam do Ministério da Saúde e seu organismo subsidiário, a Unidade de Pesticidas e Desinfetantes, vinculada ao Instituto de Saúde Pública¹⁹. O segundo critério adotado foi reconhecer se a regulação é sobre manejo de agrotóxicos, sua aplicação, seus procedimentos de manuseio e de segurança dos aplicadores. Para o segundo critério, as regulações são emitidas por competência do Ministério da Agricultura e seu Serviço Agrícola e Pecuário.

Para o tabaco, foram utilizados os buscadores em espanhol. As palavras “tabaco”, “cigarr...” e “tabaquismo” foram utilizadas no campo de busca e, a partir dos resultados, uma

¹⁸ Conforme a Resolução 3056/2012 do Ministério da Saúde do Chile: "Plaguicida de uso sanitario y doméstico, es aquel destinado a combatir vectores sanitarios y plagas en el ambiente de las viviendas, ya sea en el interior o exterior de éstas, edificios, industrias y procesos industriales, bodegas, containers, establecimientos educacionales, comerciales, parques, jardines y cementerios y en medios de transporte terrestre, marítimo o aéreo, así como repelentes o atrayentes no aplicados directamente sobre la piel humana o animal y aquellos contenidos en productos comerciales como pinturas, barnices, productos para el aseo y demás". Além disso, a Res. 408 de 2016 exclui da lista de substâncias perigosas para a saúde os pesticidas agrícolas (agrotóxicos) porque possuem regulação específica e não se enquadram na categoria de uso doméstico e sanitário.

¹⁹ Apesar de o Chile possuir um Decreto para regular o uso de pesticidas de uso sanitário e doméstico (Decreto 157 de 30 jun. 2007), esse documento não abarca uso de pesticidas na agricultura e, portanto, não foi incluído nas análises.

análise preliminar de conteúdo das regulações foi feita. Essa análise visou à identificação da natureza da regulação, ou seja, se o tema da normativa é de regulação de fator de risco (consumo de tabaco, venda, embalagem, propaganda, tarifas). A escolha dos termos está em conformidade com a Lei Antitabaco chilena (Lei 20.660), promulgada em 1995 e atualizada em 2013. Desse modo, adotou-se por tabaco, de acordo com o Artigo 2 da Lei 20.660, os “produtos preparados totalmente ou em parte utilizando como matéria prima folhas de tabaco e destinados a ser fumados, chupados, mascarados ou aspirados” (tradução nossa).

A pesquisa dos alimentos ultraprocessados levou em consideração os termos empregados pelo Ministério da Saúde para regular. Primeiramente, esses termos são considerados nutrientes críticos, segundo a definição da Lei de Etiquetagem e Publicidade de 2012 e incluem: açúcar, gordura saturada e sódio (CORVALÁN et al., 2013, p. 81). Portanto, foram adotados os seguintes termos para a busca de normativas no sistema regulatório do Chile: gorduras saturadas, sódio, açúcares, alimentação não saudável (alimentação saudável) e alimentos ultraprocessados. Para o termo alimentação não saudável e saudável, não foram incluídas as legislações emitidas pelo Ministério da Educação sobre as diretrizes educacionais, as quais possuem componente curricular em matéria de alimentação saudável e não saudável.

Sobre as regulações de açúcar, a base de dados da Biblioteca do Congresso Nacional do Chile encontrou 648 documentos regulatórios. Contudo, foram incluídos no template de regulação apenas aqueles que se referem diretamente à regulação de alimentos ultraprocessados, como as regulações do Ministério da Saúde e da Subsecretaria de Saúde Pública, este por ser o organismo competente, conforme a legislação supracitada, para regular assuntos relativos à alimentação no Chile. Portanto, as regulações de comércio exterior e questões tarifárias de açúcar, emitidas pelo Ministério da Fazenda, por exemplo, não foram incluídas no template.

Um mecanismo de filtro foi aplicado às regulações de sódio. A busca pela palavra “*sodio*”, na Biblioteca do Congresso Nacional chileno trouxe 173 resultados. Contudo, foram incluídos no template de regulação apenas aqueles documentos que apresentem normativa regulatória para o sódio em termos alimentares, majoritariamente emitidas pelo Ministério da Saúde e sua Subsecretaria de Saúde Pública.

A pesquisa sobre o álcool e seu consumo também foi realizada na Biblioteca do Congresso Nacional do Chile. Dentro do site dessa biblioteca, foram feitos dois tipos de busca. O primeiro foi fazer uma busca de legislações por tema²⁰ e o segundo foi fazer a busca por palavras-chave. Desse modo, as palavras utilizadas na busca foram: 1) *alcoholes*: por ser o termo pelo qual a Biblioteca do Congresso Nacional do Chile classifica as legislações sobre o tema; 2) *bebida alcohólica*: considerando aquela que tenha uma graduação alcoólica em um determinado nível (Lei 18.455/1985, atualizada em 2009); 3) *destilados* e *licores*: bebidas obtidas diretamente da destilação de substâncias açucaradas fermentadas (Lei 18.455/1985, atualizada em 2009).

O total da busca foi 414 documentos regulatórios, mas foram inseridos no *template* de regulação nacional apenas aqueles que: a) tem pertinência com o tema das doenças crônicas não transmissíveis; b) possuem relação com temas de saúde pública (alcoolismo, por exemplo); c) correlação com temas de segurança pública, dado papel regulatório do Ministério da Justiça e do Ministério do Interior e Segurança Pública para esse tema (condução e embriaguez, por exemplo). Após essas considerações, foram identificadas 57 regulações sobre o álcool.

4. Identificação das Regulações

Em que pese os Objetivos Sanitários 2011-2020 (Plano Nacional de Saúde 2011-2020, que formam a Estratégia Nacional de Saúde), é notável a presença de doenças crônicas não transmissíveis bem como o estabelecimento de estratégias de promoção de saúde que visem à prevenção e redução dos fatores de risco. Esses Objetivos adotaram como prioridade os fatores de risco associados às doenças crônicas não transmissíveis, com metas específicas para cada patologia e para cada fator de risco (álcool, inatividade física, tabaco e alimentação não saudável) (MINSAL, 2015).

As metas estabelecidas pelos Objetivos Sanitários da década reiteram quatro grandes objetivos sanitários: 1) melhorar os logros sanitários alcançados; 2) enfrentar os desafios do

²⁰ https://www.leychile.cl/Consulta/listado_n_sel? grupo_aporte=&sub=760&agr=2&comp=

envelhecimento e as mudanças na sociedade; 3) diminuir as desigualdades em saúde; 4) prover serviços de acordo com as expectativas legítimas da população (Chile, 2011).

Esses objetivos estão ancorados em nove²¹ áreas temáticas, buscam também ampliar o escopo de atuação do Plano AUGÉ e trabalhar, de forma articulada, os fatores de risco como o consumo de tabaco, álcool, obesidade, sedentarismo (MINSAL, 2015). Dentre os objetivos estratégicos, que são 9, dois deles dialogam diretamente com a regulação de fatores de riscos associados às doenças crônicas não transmissíveis: 1) Objetivo Estratégico 3 (OE3) – Fatores de Risco e 2) Objetivo Estratégico 2 (OE2) – Doenças não transmissíveis e violência (MINSAL, 2015).

A Estratégia Nacional de Saúde também busca facilitar a coordenação entre os diversos setores ministeriais. As ações são tomadas a nível das Secretarias Regionais Ministeriais de Saúde (SEREMIS) e dos Departamentos e Corporações de Saúde Municipal (MINSAL, 2015). Ressalta-se que, no plano inicial, a ENS conta com 64 indicadores de Metas Sanitárias, muitas monitoradas anualmente e oferecendo 513 indicadores de Resultados Esperados (MINSAL, 2015, p. 20). Essas metas sanitárias, conforme a Lei nº 19.937 de 2004, são fixadas pelo MINSAL até o dia 10 de setembro de cada ano, sendo as metas específicas de cada serviço de saúde determinada por cada um de seus estabelecimentos através da Diretoria (Chile, 2004).

O OE3 apresenta-se, portanto, como carro chefe dessa análise, uma vez que seu intuito é o de “desenvolver hábitos e estilos de vida saudáveis, que favoreçam a redução dos fatores de risco associados à carga de doenças da população” (MINSAL, 2015, p. 113). Para lidar com os fatores de risco, a adoção de estratégias vinculadas à prevenção e promoção foram o caminho escolhido pelo Chile, isso porque os fatores de risco de maior relevância se relacionam diretamente com estilos de vida, manifestando-se principalmente na ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (MINSAL, 2015, p. 114).

²¹ Doenças transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis, transtornos mentais, traumatismo e violência, redução de fatores de risco, redução de morbidade e mortalidade, abordar os fatores sociais e econômicos determinantes da saúde mediante políticas e programas que permitam melhorar a qualidade em saúde e integrar enfoques em nível socioeconômico, promover um entorno mais saudável, fortalecimento da governança, financiamento, dotação de pessoal, informação, infraestrutura e gestão, promover a qualidade e justiça em atenção à saúde (ISAGS, 2012, p. 344)

Com a adoção do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) pelo Chile, em 2006, uma linha de atuação dentro da Subsecretaria de Saúde Pública do MINSAL foi desenvolvida a fim de levar a cabo os objetivos sanitários nacionais. Essa adoção também fortaleceu o [modelo de vigilância epidemiológica chileno](#). Várias medidas foram adotadas para esse fortalecimento, como por exemplo a criação de Centros Nacional e Regionais de Acompanhamento, Oficinas Sanitárias de Fronteira de Ação Sanitária entre 2008 e 2009.

Além dessas iniciativas, existem 20 Laboratórios de Saúde Pública nas 15 regiões, subordinados à Secretaria Regional Ministerial. Sob responsabilidade de vigilância epidemiológica, esses laboratórios estão integrados em uma rede nacional para o desenvolvimento de atividades relacionadas com a identificação de riscos, prevenção, controle e vigilância de doenças, bem como a garantia da qualidade de alimentos e respostas às situações de desastres e emergências (ISAGS, 2012, p. 326).

Mais especificamente sobre as doenças crônicas não transmissíveis, em 1999 foi criada a Unidade de Estudos e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, hoje chamado de Departamento de Doenças Não Transmissíveis. A criação dessas instituições possui relação com dois fatores: 1) o movimento de transição epidemiológica chileno e 2) a evidência de que as doenças não transmissíveis são a [principal causa de morte no Chile](#) (MINSAL, 2015). Demais disso, esse Departamento possui função de contribuir para a redução de doenças não transmissíveis através de formulação do marco normativo-regulatório e apoio à implementação de estratégias de prevenção e controle dessas doenças ([MINSAL, 2018](#)).

Antes de iniciar a regulação dos fatores de risco, é preciso levar em consideração a categorização dos fatores de risco feita pelo Chile na sua ENS de 2015. São três meta-fatores de risco: biológicos, psicossociais e comportamentais. São biológicos: sobrepeso, obesidade, síndrome metabólica, pressão arterial elevada, glicemia elevada, dislipidemia. São comportamentais: consumo de tabaco e álcool, alimentação não saudável e insuficiência de atividade física. São psicossociais: estresse, rede de apoio, autoestima, etc. É a partir dessa configuração que se desenha a regulação dos fatores de risco no Chile.

Nesse sentido, o Chile segue as recomendações da Carta de Ottawa e iniciou, em 1997, os Programas de Promoção de Saúde como pedra angular de serviços de atenção primária.

Figura 01 – Campanhas da Estratégia Nacional de Saúde (Escolha Viver Saudável) - 2018



Fonte: Ministério da Saúde do Chile, 2018

4.1. Tabaco

A inserção do tabaco na ENS chilena veio acompanhada de uma preocupação global para o tema. Essa preocupação, lançada pela OMS, pontua que o consumo de tabaco constitui o principal fator de risco para seis das outras principais causas de mortalidade no mundo (ex.: câncer, diabetes, cardiopatia isquêmica, doenças respiratórias e doenças cardiovasculares), sem contar as doenças e mortes por leucemia, aborto, morte súbita, infertilidade, etc. (MINSAL, 2015, p. 121).

De acordo com a última pesquisa nacional de saúde feita no Chile (*Encuesta Nacional de Salud 2016-2017*), o país possui 33,3% de fumantes, com maior prevalência entre os homens (37,8% de fumantes em relação a 29,1% de mulheres). O número total de fumantes decresceu em torno de 10% desde 2003, tanto entre os homens quanto entre mulheres. A faixa etária de maior incidência de fumantes é a considerada entre 20 e 29 anos, tendo uma pequena porcentagem da população exposta à fumaça em lugares em que são permitidos fumar (15,2%). Além disso, essa pesquisa nacional indica que a maior parcela fumante da população chilena 38,9% tem doze ou mais anos de estudo (CHILE, 2017).

Com a ratificação da CQCT, em 2003, o Chile modificou sua Lei Antitabaco (Lei N° 19.419, de 1995), em 2013, a fim de estabelecer limitações de publicidade e venda de

produtos de tabaco, proibições totais e parciais de fumar e estabelecimentos de educação infantil, básica, universidades, lugares de uso público, desportivos, prestadores de serviços, restaurantes e similares. Ao mesmo tempo, instituiu-se obrigatória a etiquetagem com informações dos danos sobre a saúde que o tabaco produz (MINSAL, 2015, p. 220). No mesmo ano, em 2013, outra modificação da Lei 19.419/1995, a Lei 20.660/2013, estabeleceu ambientes livres de fumo de tabaco.

O marco normativo interno é permeado por uma vasta panóplia regulatória, composta por 118 regulações. Esse número subdivide-se em algumas categorias de regulações (ex.: resolução, decreto, decreto-lei, lei, etc.) com diferentes alcances em matéria de regulação de tabaco, indo desde a regulação aduaneira até a regulação em matéria de embalagens e propaganda.

Inicialmente, observa-se qual o grau da predominância regulatória do Ministério da Saúde chileno, o MINSAL. De acordo com a legislação nacional, é esta a autoridade reitora em matéria de regulação sanitária, também prevista pela Constituição Chilena. Das 118 regulações emitidas, observa-se que 97 delas foram emanadas do MINSAL, mas não exclusivamente, uma vez que os órgãos subordinados ao MINSAL também figuram como organismos emissores dessas normativas (Subsecretaria de Saúde Pública e Instituto de Saúde Pública, por exemplo).

É possível apontar para o caráter centralizado-coordenado das ações de regulação do MINSAL para o tabaco: enquanto o MINSAL possui a competência para regular temas concernentes ao tabaco e saúde pública, outros organismos (Ministério da Educação, Ministério da Fazenda, por exemplo), possuem competências específicas para regular questões relativas ao tabaco (ex.: tarifas de importação e comercialização, pelo Ministério da Fazenda; obrigatoriedade de educação preventiva sobre os riscos do tabagismo, pelo Ministério da Educação).

Em ambientes de trabalho, o Ministério do Trabalho, Previsão Social e Direção Geral do Trabalho possuem competência para regular as atividades consideradas perigosas para a saúde, dentre as quais se inclui o uso de tabaco. Destarte, 4 regulações foram emitidas com esse intuito por esses organismos competentes a fim de regular o consumo de tabaco em

locais de trabalho. O Ministério das Relações Exteriores, mediante o Decreto 143/2005, promulga a Convenção Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco.

O Ministério da Fazenda, responsável por 11 regulações sobre o tabaco, regula questões relativas a: a) transporte e comercialização das folhas de tabaco em território nacional (Lei 19.888/2013; Decreto Lei 828/1974, atualizado em 2016); b) impostos relativos ao cultivo e elaboração do tabaco; c) isenção de Imposto de Valor Agregado à venda de cigarros e tabacos manufaturados (Resolução 100/2007; Resolução 1066/2008); d) controla a quantidade de cigarros importados (Resolução 5786/2015). No Chile, as políticas fiscais e de preços relacionadas aos produtos de tabaco incluem uma carga tributária maior de 50%, conforme indicado pela Convenção-Quadro para o Controle de Tabaco (Portes e Machado, 2015, p. 374).

Reitera-se que o Ministério da Fazenda possui competência concorrente com o Ministério da Saúde em relação à comercialização de tabaco: sendo que o MINSAL deve emitir uma resolução para que os produtos possam ser extraídos da aduana ou das fábricas (Artigo 17 do Decreto-Lei N° 828/1974). De maneira geral, as regulações do Ministério da Fazenda podem ser sintetizadas como medidas relacionadas a preços e impostos dos produtos de tabaco, carga tributária, comércio, fabricação/venda/cultivo de tabaco (Portes e Machado, 2015, p. 374-375).

Em matéria educativa e de redução da quantidade de fumantes no país, o Ministério da Educação também emitiu regulações a respeito de bases curriculares e indicadores de qualidade educativa. Entre 2005 e 2018, esse Ministério emitiu 3 regulações que englobam as seguintes questões: a) promoção de hábitos de autocuidado e prevenção de condutas de risco, como o consumo de cigarros (Decreto 381/2013); b) diretrizes curriculares para prevenção de doenças causadas pelo uso excessivo de tabaco, álcool, gorduras e sódio (Decreto 614/2014). Essas regulações internalizam algumas medidas da CQCT como a implantação de programas educacionais e de conscientização pública (Portes e Machado, 2015, p. 374).

Com competência regente e central, o Ministério da Saúde – através de Subsecretaria de Saúde Pública e Instituto de Saúde Pública – é responsável por emitir 97 regulações. Para fins de análise, a tabela abaixo (Tabela 1) busca organizar as regulações de acordo com seu

conteúdo e matéria regulada. A Tabela organiza por eixos temáticos de regulação conforme a CQCT, com base em Portes e Machado (2015, p. 374-375), quais sejam: 1) Redução da demanda de tabaco; 2) Redução da oferta de tabaco; 3) Redução dos danos ao meio ambiente e à saúde; 4) Apoio ao abandono do tabaco.

Tabela 1 – Documentos Regulatórios emitidos pelo Ministério da Saúde e seus órgãos dependentes (2005 – 2018).

Eixo de Regulação	Objetivo da Regulação	Características da Regulação	Quantidade de Regulações
<ul style="list-style-type: none"> - Redução da Oferta de tabaco - Redução da Demanda de tabaco 	Autoriza Comercialização de Produtos de Tabaco	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgação pública e para o governo de informações sobre o conteúdo dos produtos - Comércio de produto de tabaco Identificação da origem do produto e todas as embalagens - Sanções contra vendedores/distribuidores que não cumprirem as obrigações; 	76
<ul style="list-style-type: none"> - Redução da Demanda de tabaco - Redução da Oferta de tabaco - Redução dos danos ao meio ambiente e à saúde 	Publicidade, Embalagem, Advertência Sanitária,	<ul style="list-style-type: none"> - Exigência de que cada embalagem possua advertência sobre os riscos à saúde; - Advertências sobre a saúde ocupam 50% ou mais da embalagem; - Leis Nacionais que proíbem fumo e tabaco em locais fechados públicos e do trabalho; - Identificação da origem do produto em todas as embalagens; Proibição da venda de cigarros a varejo ou em pequenos pacotes; 	15
- Apoio ao Abandono de Tabaco	Controle de produtos (aditivos) e programas antitabaco	<ul style="list-style-type: none"> - Campanhas por meio da mídia, serviços via telefone, eventos locais; - Locais de implantação: instituições de ensino, 	6

		estabelecimentos de saúde, ambientes de trabalho, ambientes desportivos.	
--	--	--	--

Fonte: elaborado pelo autor (2018) com base em Portes e Machado (2015)

Com base na tabela acima (Tabela 2), é possível identificar que as regulações do Ministério da Saúde (conjuntas ou não com a Subsecretaria de Saúde Pública e do Instituto de Saúde Pública) são majoritariamente (78%) para a redução da oferta e da demanda de tabaco por meio de autorização de comercialização de produtos de tabaco. Isso se deve, em grande medida, ao Artigo 17 do Decreto-Lei N° 828/1974, que prevê a emissão de regulações do MINSAL como medida prévia à fixação de impostos ao tabaco pelo Ministério da Fazenda.

Regulações em matéria de publicidades, embalagem e advertência sanitária correspondem por 15% do total de regulações emitidas pelo MINSAL e seus organismos para regular, *inter alia*, questões relativas à embalagem e conteúdo dos produtos. Reitera-se que as duas Leis principais que consolidaram a internalização da CQCT pelo Chile são: Lei 19.419/1995 (atualizada em 2013) e a Lei 2.660/2013. A primeira regula questões relativas a: publicidade, distribuição gratuita de cigarro, importação, terminologias proibidas na publicidade, advertências sobre lugares proibidos para fumar, infrações e penalidades correspondentes. A segunda Lei regula, principalmente, lugares proibidos para fumar e atualiza a Lei 19.419 nessa matéria.

Um último eixo de regulação, o apoio ao abandono do tabaco, representa 6% das regulações emitidas pelo MINSAL e seus organismos. Nesse eixo, não foram contabilizadas as regulações emitidas pelo Ministério da Educação e do Ministério do Trabalho, que têm caráter semelhante.

4.2. Álcool

No artigo 39 da Lei 19.925/2004 há a previsão de que será estimulada a formação de hábitos de vida saudáveis e o desenvolvimento de fatores protetores contra o abuso de álcool em todos os estabelecimentos educacionais, sejam de ensino pré-escolar, básico ou médio. Devem ser incluídos temas relativos à cultura gastronômica e atividades sociais que considerem um consumo adequado de bebidas alcoólicas visando à prevenção do alcoolismo.

O Ministério da Educação é responsável por proporcionar o material didático para capacitar docentes sobre a prevenção do alcoolismo.

O Ministério de Transportes e Telecomunicações possui competência para questões de delito e condução em estado de embriaguez, quando o nível de álcool no sangue é superior a 0,8 g/mil. Nesse sentido, algumas regulações de controle de quantidade de álcool no sangue foram identificadas. Primeiro, as Leis 20.770/2014 e 20.580/2012 estabelecem a necessidade de exames respiratórios (bafômetro) para identificar a presença de álcool no sangue (é permitido um índice de álcool no sangue superior a 0,3 g/mil e inferior a 0,8 g/mil). Segundo, a polícia uniformizada chilena poderá submeter qualquer condutor a um teste respiratório ou a outra prova científica a fim de verificar a presença de álcool no organismo.

As regulações também preveem a proibição de consumo de álcool em ruas, praças, calçadas e demais lugares de uso público. Pessoas em estado de embriaguez nesses lugares também serão alvo de sanções. Sobre a venda de álcool, a legislação chilena proíbe vender em praças, calçadas públicas, estádios desportivos, teatros, cinemas, circos e demais centros públicos de diversão que não tenham patente, além de ferroviárias, trens e demais veículos de transporte, de acordo com a Resolução 485/2015. Demais disso, está prevista um limite para horários de funcionamento de estabelecimentos que vendem bebidas alcoólicas (ex.: entre 21h e 1h, em dias de semana, entre 21h e 3h, em sábados e dias festivos), além da venda proibida para menores de 18 anos (CHILE, 2012; CHILE, 2015).

A Lei 19.925/2004, emitida pelo Ministério do Interior e sua Subsecretaria do Interior, ainda prevê que todos os estabelecimentos que vendam bebidas alcoólicas devam exibir, em lugar destacado e claramente visível ao público, um pôster que indique as proibições enumeradas na Lei 19.925/2004 (ex.: direção em estado de embriaguez). A Resolução 485/2015 estabelece o conteúdo dos pôsteres e determinando o seguinte: 1) proibições, medidas e sanções e proibição do consumo de álcool em lugares públicos; 2) embriaguez em vias públicas; 3) entrada de menores de idade a estabelecimentos em que se fornecem bebidas alcoólicas, bem como a proibição da venda de álcool a eles.

Essa Lei também estabelece o seguinte: 1) a fiscalização de estabelecimentos se dará pelos *Carabineros de Chile* e inspetores municipais; 2) classificação que deve ser seguida por todos os estabelecimentos de fornecimento de bebidas alcoólicas; 3) proibição para a venda

de bebidas alcoólicas para grupos de pessoas; 4) as Municipalidades poderão outorgar patentes para o fornecimento de bebidas alcoólicas tanto na parte urbana quanto rural da comuna ou em agrupamento de comunas; 5) prevê sanções e procedimentos legais às infrações dessa Lei; 6) medidas de prevenção e reabilitação.

4.3. Alimentos Ultraprocessados

Segundo a OCDE, um dos maiores desafios do Chile é sua alta porcentagem de adultos obesos (25,1%) e de crianças obesas ou com sobrepeso (39%) (OECD, 2017, p. 3). Além disso, ao passo que o crescimento econômico chileno, combinado com as transições epidemiológica, nutricional e demográfica, contribuiu para a erradicação da subnutrição, a dieta da população chilena mudou drasticamente nas últimas duas décadas, com a redução do consumo de grãos, legumes, vegetais e frutas, mas aumentando a ingestão de alimentos altamente calóricos (CORVALÁN et al., 2013, p. 80).

Em 2010, a OMS recomendou a restrição de publicidade de alimentos, em todas as suas formas, às crianças. Com base nisso, a Lei emitida em 2012, pelo Ministério de Saúde e sua Subsecretaria de Saúde Pública, sobre etiquetagem e publicidade de alimentos é parte importante da regulação de alimentos (CORVALÁN et al. 2013, p. 83). Ressalta-se ainda que, conforme a Pesquisa Nacional de Saúde 2016-2017, 98,4% da população pesquisada consome mais de cinco gramas de sal por dia, e 74,2% dos chilenos têm sobrepeso ou obesidade, desses, 31,2% são obesos, e 3,2% são obesos mórbidos (CHILE, 2018; CHILE, 2017).

Para lidar com essas questões de saúde pública, uma série de políticas foi implementada no Chile, além da Lei de Etiquetagem, como programas de garantia de consumo de comida saudável em escolas e serviços de emagrecimento levados a cabo pela rede de atenção primária (OECD, 2017, p. 3). A taxa sobre bebidas açucaradas deve aumentar para estar alinhada com o sugerido pela OMS (20%); o programa de alimentação saudável das escolas deve ampliar a fim de englobar todas as cantinas das instituições públicas; regulações rigorosas que restrinjam a venda de produtos não saudáveis ao redor das escolas e a atividade física deve ser promovida de forma mais intensiva.

O Chile avançou em um trabalho com a indústria alimentícia através da assinatura de um compromisso entre a Federação Chilena de Industriales Panaderos (Fechipan) e a Associação Gremial de Supermercados (ASACH) com o MINSAL para reduzir a quantidade de sal do pão e contribuir ao cumprimento da Meta da OMS de um consumo menor que 5 gramas de sal até 2020 (MINSAL, 2015, p.118).

Ainda, a preocupação nacional tangencia a elementos de segurança alimentar – qualidade e disponibilidade de alimentos adequados. As recomendações de políticas públicas que se propõem nessa área devem estar em consonância com micronutrientes, enfatizando o consumo de sal e macro nutrientes e sua relação com a obesidade e alimentação saudável (MINSAL, 2015, p. 119). Essa relação entre obesidade e alimentação não saudável (macronutrientes), para o Chile, é o principal fator de risco para o desenvolvimento da diabetes tipo mellitus (12,3% da população nacional) (CHILE, 2017).

Para a regulação de sal, a redução de consumo diminui o risco de doenças cardio e cerebrovasculares no longo prazo. Estima-se, ademais, que uma redução de 10 para 5 gramas de sal por dia pode reduzir a taxa de AVC em 23% e de eventos coronários em 17% (MINSAL, 2015, p. 119). Em termos de intervenção pública na regulação, a ENS mostra que o custo de intervenções combinadas para reduzir o consumo de tabaco e ingestão de sal nos países de renda média e baixa são entre US\$ 0,40/pessoa por ano (MINSAL, 2015, p. 120).

De acordo com a ENS, a maior proporção de sal é proveniente de alimentos processados. Por conseguinte, a principal estratégia é reduzir seu conteúdo mediante redução voluntária da indústria de alimentos. Em paralelo, as etiquetas nutricionais podem também influenciar nas decisões de compra de alimentos, bem como a educação dos consumidores, indústrias e profissionais da saúde (MINSAL, 2015, p. 120). Assim, a ENS aloca as políticas referentes aos alimentos ultraprocessados dentro da estratégia de reduzir a prevalência de sobrepeso e obesidade dada a relação entre eles e as doenças crônicas não transmissíveis.

A ENS, ao estabelecer diretrizes para obesidade e sobrepeso, descreve que “66% da diabetes do tipo 2, 52% de ocorrências de pedra na vesícula, 29% de casos de hipertensão e 22% de doenças cardiovasculares podem ser atribuídas à obesidade” (CHILE, 2010, p. 130). O governo chileno atribui o alto conteúdo de nutrientes críticos (sódio, açúcares, gorduras saturadas) ao aumento de incidência de obesidade e sobrepeso no país.

De acordo com Cediel et al. (2017, p. 7), foram documentados que os alimentos ultraprocessados representam perto de um terço de toda a energia consumida e contribuem, assim, para mais da metade do açúcar adicionado na dieta dos chilenos. Nesse sentido, a mesma pesquisa de Cediel et al. (2017, p. 7) articula que, para lograr as recomendações de níveis de açúcar na dieta dos chilenos feitas pela OMS, estratégias articuladas para jovens e adolescentes aparecem como centrais para o governo chileno.

Uma vez compreendida a situação em que se insere a regulação de alimentos ultraprocessados, passa-se às regulações e seu conteúdo. No que tange a essas regulações, cuja busca foi realizada pelos componentes sódio, açúcar, gordura saturada e alimentação saudável/não saudável, observou-se que as regulações para esses elementos são realizadas de forma conjunta. Essa forma conjunta implica que esses componentes não possuem regulação específica (ex.: regulação unicamente para controle de açúcar), e sim são regulados conjuntamente (ex.: uma regulação para sódio está na mesma regulação de açúcar, gordura saturada).

A identificação de regulações de alimentos ultraprocessados utilizou como palavras de busca os nutrientes críticos (sódio, açúcar, gorduras saturadas) e os termos “alimentação saudável e não saudável”. Como critério de seleção das regulações, na base de dados da Biblioteca do Congresso Nacional do Chile, observou-se a pertinência do documento regulatório para a alimentação. Foram encontradas 26 regulações sobre alimentos ultraprocessados e seus nutrientes críticos. Desse modo, como o organismo competente para regular a questão de alimentos no Chile é o Ministério de Saúde e sua Subsecretaria de Saúde Pública, 53% das regulações para alimentos ultraprocessados entre 2005 e 2018 foram emitidas conjuntamente por esses dois agentes.

As regulações dos nutrientes críticos têm como base algumas normativas centrais da governança chilena para os alimentos. A primeira delas é o Decreto Supremo N° 977, de 1996, que estabelece o Regulamento Sanitário dos Alimentos. Essa normativa recebeu 13 resoluções que a modificaram de forma a aumentar a densidade da regulação dos nutrientes críticos. Na última modificação do Regulamento Sanitário dos Alimentos (Decreto 13 de 26 de junho de 2015), os seguintes tópicos foram adicionados: 1) proibição da publicidade dirigida a menores de 14 anos de alimentos que, em sua composição nutricional, contenham quantidades

superiores a: a) 400mg de sódio por 100g; b) 10g de açúcar por 100g; 4g de gorduras saturadas por 100g; 2) a redução da quantidade dos nutrientes críticos é gradual, por exemplo: a) sódio: 800mg/100g (no dia de entrada em vigência da regulação), 500mg/100g (24 meses depois da entrada em vigência) e 400mg/100g 36 meses depois da entrada em vigência (CHILE, 2015).

Outras modificações do Regulamento Sanitário dos Alimentos foram as seguintes: 1) permissão de conteúdo, em bebidas alcoólicas, de sódio e sua respectiva quantidade tolerada (Decreto 68/2006); 2) produtos substitutos de gorduras saturadas e açúcares (Decreto 106/2009); 3) tolerância de 20%, em relação ao valor real e o valor declarado na embalagem, da quantidade de nutrientes críticos no alimento – açúcar, sódio e gorduras saturadas (Decreto 52/2007); 3) definição de descritores para destacar as qualidades de qualquer tipo de alimentos ou produtos alimentícios que contenham os nutrientes críticos (Decreto 88/2011); 4) permissão do uso de edulcorantes não nutritivos (Decreto 71/2010); 5) valores máximos permitidos de gorduras saturadas (Decreto 24/2011).

A Lei 20.606 de 2012, atualizada em 2015, sobre a composição nutricional dos alimentos e sua publicidade, é um grande divisor de águas na regulação de alimentos ultraprocessados. Mediante essa Lei, os nutrientes críticos são os únicos que devem, obrigatoriamente, estar indicados nas etiquetas dos alimentos. A definição dos alimentos será dada pelo Ministério de Saúde com o seguinte rótulo: “Rico em Sal”, “Rico em Açúcar”, ou outra denominação equivalente. O Decreto 13, de 26 de junho de 2015, estabelece, dentre as questões regulatórias para etiquetagem de alimentos, o seguinte diagrama obrigatório para embalagens de alimentos que contenham alta quantidade de nutrientes críticos (Figura 02).

Figura 02 – Diagrama de Rotulagem para Nutrientes Críticos



Fonte: CHILE. Decreto 13 de 26 de junho de 2015. Modifica Decreto Supremo N° 977, de 1996, Reglamento Sanitario de los Alimentos.

Em termos de promoção de hábitos saudáveis, a Lei 20.606/2012 estabelece como obrigatória a inserção, na matriz curricular, de atividades físicas que contribuam para o desenvolvimento de uma alimentação saudável. A mesma Lei proíbe que se ofereça gratuitamente a menores de 14 alimentos com alta quantidade de nutrientes críticos, bem como que se dirija publicidade a eles. Além disso, será o Ministério de Saúde que ditará as mensagens obrigatórias de promoção de hábitos de vida saudáveis que serão incluídas em meios de comunicação massivos.

4.4. Agrotóxicos

Desde os anos 1980, com a promulgação do Decreto-Lei N° 3.557 sobre proteção agrícola, o SAP reconheceu a importância da temática de fiscalização de agrotóxicos na agricultura chilena. A Lei N°20.308 de 2008 introduziu melhorias nas normas legais e regulamentares nacionais sobre avaliação, autorização e manejo de agrotóxicos a fim de tornar a legislação chilena comparável a países desenvolvidos (Res. 2029/2017).

A evolução legislativa chilena possui uma resta econômica fundamental. A economia chilena está ancorada em um modelo agroexportador que, por seu turno, pressiona para um grande uso de agrotóxicos. Nesse sentido, o Chile desenvolveu, em 1993, um sistema de vigilância de intoxicações agudas por agrotóxicos através da conformação da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica em Agrotóxicos (REVEP, em espanhol). O objetivo da REVEP, no momento de sua criação, foi o de compreender a magnitude das intoxicações agudas por

agrotóxicos de origem não intencional ou intencional. Desde 2005, o (GOBIERNO DE CHILE, 2007).

As principais necessidades de regulação de agrotóxicos no Chile são as seguintes: 1) a aplicação não pode ser realizada por qualquer pessoa; 2) existe analfabetismo funcional entre aplicadores e trabalhadores, fator que dificulta a leitura e conscientização do manejo seguro de agrotóxicos; 3) trabalho flexível ou sazonal sem conhecimento dos riscos pelos trabalhadores; 4) ações preventivas limitadas e o descumprimento de regulações; 5) falta de uma regulação para aplicação terrestre e aérea a nível nacional.

Ao mesmo tempo que a OMS recomenda o consumo de vegetais e frutas como importante fonte de vitaminas, minerais e antioxidantes, esse grupo de alimentos pode ser uma fonte de contaminação devido à ingestão de resíduos de agrotóxicos (ELGUETA et al. 2017). De acordo com Elgueta et al. (2017, 105), o consumo humano de agrotóxicos pode ser muito maior através dos alimentos do que o consumo de água ou inalação por meio do ar.

As normativas encontradas sobre fornecimento de informação de resíduo de pesticidas em alimento servem para melhorar os programas envolvendo uso de pesticidas no Chile. O país possui uma notificação obrigatória de intoxicações agudas²² por agrotóxicos, mas não existe nenhum tipo de registro ou monitoramento de intoxicação crônica (SILVA et al. 2015). Apesar disso, o Ministério da Saúde implementou, em 1993, um sistema de vigilância de intoxicações agudas por agrotóxicos de caráter voluntário (QUEZADA, 2011).

A regulação de agrotóxicos no Chile apresenta os seguintes desafios: 1) falta de informação sobre os riscos associados com a exposição da população aos agrotóxicos através do consumo de vegetais; 2) baixo número de registros de intoxicações por agrotóxicos devido à falta de denúncia por parte dos trabalhadores e/ou à falta de registro adequado dos sistemas sanitários (QUEZADA, 2011).

Em março de 2007 foi proposto um projeto de Lei para controle de agrotóxicos. O conteúdo desse projeto, que buscava adicionar elementos à Lei N°. 3.557, de 1981, era o de proibir a utilização, transporte e venda de agrotóxicos 1a e 1b, com exceção daqueles que o Serviço Agrícola e Pecuário autorize e que se consideram imprescindíveis e insubstituíveis. Todos os agrotóxicos autorizados devem ser avaliados anualmente e passar por um registro antes de sua comercialização. No entanto, esse projeto foi recusado sob alegação de que a Lei N°. 20.308 apresenta provisões legais para a proteção dos trabalhadores no uso de produtos fitossanitários (ROZAS, s.d.). A Resolução n°33, de 2010, apresenta uma revisão completa dos

²² Efeito agudo: intoxicações vinculadas a uma exposição de curto tempo, com danos sistêmicos (ex.: sintomas gastrointestinais, cardíacos, etc.) ou localizados (ex.: dermatites, conjuntivite, etc.). Os efeitos crônicos correspondem a manifestações ou patologias vinculadas à exposição de baixas doses por um longo período de tempo. Essa exposição pode acarretar em patologias nos sistemas neurológico (ex.: neuropatias periféricas e transtornos neuroconductuais), reprodutivos (ex.: esterilidade, malformação congênita e mutagêneses) imunológico, respiratório e dermatológico (GOBIERNO DE CHILE, 2007).

limites de detecção de agrotóxicos em produtos alimentícios nacionais, fixando tolerâncias máximas de resíduos de agrotóxicos em alimentos.

Outra campanha promovida pela Rede de Ação em Agrotóxicos e suas Alternativas para a América Latina, no Chile, foi a de proibição do uso do endosulfan devido às suas características tóxicas e efeitos na saúde (ex.: contaminação de leite materno) e por existirem alternativas economicamente viáveis (ROZAS, s.d.).

A Lei 20.308 de 2008 estabelece normas para a proteção de trabalhadores e da comunidade sobre a utilização de produtos fitossanitários. Essa lei indica que todo agrotóxico deverá ser embalado e etiquetado com indicações de uso correto e seguro. Assim, o Serviço Agropecuário e Pecuário (entidade competente para regular agrotóxicos no Chile) possui competência para sancionar empresas que não comprovem que a composição do produto não corresponde à etiqueta. Essa Lei também proíbe fabricar, armazenar ou transportar agrotóxicos em locais ou veículos que podem contaminar produtos vegetais ou outros alimentos destinados ao consumo humano.

Com base na metodologia exposta na seção anterior, foram identificados 66 documentos regulatórios para agrotóxicos. Dessas, 52 foram emitidas ou pelo Ministério da Agricultura ou pelo Ministério da Agricultura e seu Serviço Agrícola e Pecuário, sendo 3 leis, 46 resoluções, 1 decreto-lei e 2 decretos. O Decreto-lei (DL) encontrado merece destaque porque esse tipo de normativa é uma norma ditada pelo Executivo sobre matérias próprias de uma lei sem que haja a intervenção do Poder Legislativo (BCN, *online*).

Esse DL (DL 3557 de 27 de dezembro de 2008) possui matéria de proteção agrícola e dita as competências de quarentena, eliminação (destruição total ou parcial de uma mercadoria perigosa para os vegetais), desinfecção (tratamento aplicado a mercadorias perigosas a fim de evitar ou combater pragas) e industrialização (conjunto de operações materiais necessárias para a transformação das mercadorias perigosas para os vegetais) de agrotóxicos ao Serviço Agrícola e Pecuário. O DL 3557 regula os seguintes temas: prevenção, controle, combate de pragas, fabricação, comercialização, aplicação de agrotóxicos e fertilizantes. Além desse Decreto-Lei, foram identificados 2 Decretos emanados do Ministério da Agricultura. Esses documentos determinam questões como: criação de um sistema nacional de certificação de produtos orgânicos agrícolas (Decreto 86/2011); criação de um sistema nacional de certificação de produtos orgânicos agrícolas (Decreto 2/2016).

As 46 Resoluções identificadas versam sobre: exigências para a autorização de agrotóxicos específicos (Res. 1313/2005; Res. 620/2005; Res. 1208/2016); cancelamento, suspensão ou proibição de autorização (Res. 6666/2009, para cultivos menores); determinar padrões de referência para autorização de agrotóxicos (Res. 1557/2017; Res. 7935/2010); obrigações de rotulagem (Res. 2195/2004; Res. 2196/2000²³) medidas e procedimentos de quarentena (Res.

²³ Ainda que fora do marco temporal adotado nessa pesquisa, esses documentos continuam em vigor no Chile e possuem diretrizes explícitas sobre os requisitos obrigatórios para rótulos de embalagens de agrotóxicos.

2153/2016; Res. 1865/2015; Res. 1463/2014; Res. 8060/2011; Res. 2302/2005); determinar obrigações e certificados fitossanitários para o ingresso no Chile (Res. 190/2018, entre França e Chile; Res. 3288/2009, entre Costa Rica e Chile); orientações sobre notificações e emergências (Res. 617/2018; Res. 334/2018; Res. 3672/2017; Res. 25/2016); especificações, requisitos e condições para obter autorização de fabricação de agrotóxicos para fins de exportação (Res. 7543/2017; Res. 8499/2012; Res. 1546/2011); requerimentos específicos para controle de pragas e seu impacto no meio ambiente (Res. 6979/2012; Res. 432/2015); orientações sobre comercialização (Res. 2652/2018; Res. 5482/2016) e manejo (Res. 2029/2017).

O Ministério da Agricultura e sua SAP também foram responsáveis por documentos para a formulação de cursos gerais de capacitação sobre manejo e uso de agrotóxicos agrícolas (Res. 2029/2017). A necessidade desse curso vem de uma falta de treinamento e capacitação aos aplicadores de agrotóxicos no país. Essa falta de treinamento tem implicado um desconhecimento de riscos dos agrotóxicos para a saúde e meio ambiente. As Resoluções 5943/2010, 2147/2010 e 6267/2008 também preveem a ampliação do prazo para renovação de conhecimentos mediante cursos de atualização dos aplicadores de agrotóxicos reconhecidos pela SAP. Também, a Resolução 1557/2014 estabelece um sistema de avaliação por equivalência com base no princípio da identidade a fim de avaliar as substâncias ativas e aproximar o Chile na rota de melhoria contínua no cumprimento de normativas nacionais e internacionais em matéria de agrotóxicos.

As 3 Leis encontradas (Lei 20308/2008; Lei 18755/1989 atualizada em 2014; Lei 20161/2007). A primeira, em matéria de produtos fitossanitários e proteção dos trabalhadores, prevê, *inter alia*, a obrigatoriedade de rotulagem de agrotóxicos (idioma, forma, conteúdo, instrução para uso correto, forma de descarte, precauções necessárias, nome do fabricante ou importador), além da obrigatoriedade de informar os riscos à saúde do trabalhador exposto a agrotóxicos (Art. 3 da Lei 20308/2008). A segunda estabelece a competência do Serviço Agrícola e Pecuarista para matérias de controle e aplicação de agrotóxicos. A terceira, também sobre proteção agrícola e, mais especificamente, sobre a importação e medidas burocráticas adotadas pelo SAP na nacionalização de agrotóxicos que entrem no país.

O segundo ator com maior número de emissão de documentos regulatórios emitidos foi o Ministério da Saúde. Esse Ministério emitiu 11 documentos, sendo 6 Decretos e 5 Resoluções entre 2005 e 2018. Com relação aos Decretos, seu conteúdo versa sobre o seguinte: desinfecção de aeronaves contaminadas com inseticida de baixa toxicidade do tipo V da classificação da OMS (alto grau residual e ação rápida, de fácil e segura aplicação) (Decreto 64/27); regulamento sobre aplicação aérea de agrotóxicos (Decreto 5/2010, atualizado em 2015); regulamento sobre condições para a segurança sanitária das pessoas na aplicação

terrestre de agrotóxicos (Decreto 158/2015, atualizado em 2016)²⁴; regulamento sobre armazenamento de substâncias perigosas (Decreto 43/2016); recomendações para redução do risco à saúde dos trabalhadores expostos a agrotóxicos (Decretos 120/2015 e 594/2000, atualizado em 2018).

As 5 Resoluções identificadas abarcam os seguintes tópicos: regimes a serem aplicados a agrotóxicos e pesticidas específicos (Res. 397/2014; Res. 2685/2015); tolerância máxima de resíduos de agrotóxicos em alimentos (Res. 33/2010); regime de controle a ser aplicado ao produto Termifilm, que possui princípio ativo que é considerado eficaz no combate de uma grande variedade de pragas que afetam a agricultura, animais, silvicultura e saúde pública (Res. 2685/2015). Além dessas Resoluções, o Ministério da Defesa possui uma Resolução sobre fumigações aéreas de agrotóxicos (Res. 793/2017).

5. Internalização

5.1. Agrotóxicos

Para identificar essa internalização, uma comparação entre normas do sistema interno chileno e recomendações internacionais das 8 Resoluções e Convenções emitidas por organismos multilaterais (FAO/PNUMA, OMS, AGNU, ECOSOC). Assim, aquelas recomendações internacionais que apresentaram *pele menos uma* correspondência no sistema jurídico do Chile foram consideradas *normativamente* internalizadas.

O fungicida Fungizeb 800 também possui seu princípio ativo (Mancozeb) classificado como altamente perigoso pela OMS e FAO. Apesar dessa classificação, esse fungicida é frequentemente utilizado e provoca intoxicações no Chile (

As seguintes Convenções entraram em vigor no Chile: 1) Convenção de Roterdã (vigente no Chile desde 25 de abril de 2005; Decreto 37 de 19 de maio de 2005²⁵); 2) Convenção de Estocolmo (ratificado pelo Chile em janeiro de 2005 consolidado no Decreto 38 de 19 de maio de 2005²⁶); 3) Convenção de Basileia (entrou em vigor no Chile em 5 de maio

²⁴ Esse Decreto recomenda que se utilize como base o Regulamento Sanitário sobre Manejo de Resíduos Perigosos do Ministério da Saúde (Decreto 148, 2003). Conforme o período analisado nesta pesquisa, o Decreto 148, por não ter sido atualizado nem emitido entre 2005 e 2018, não foi incorporado às análises.

²⁵ A Convenção de Roterdã, ao ser internalizada no Chile, conjugou os esforços com o Código de Conduta para Pesticidas, da FAO. Segundo o relatório da Comissão de Relações Exteriores que aprovou, por cinco votos a zero o texto da Convenção para ser internalizado no Chile: “Manifestó que al Servicio Agrícola y Ganadero le ha correspondido participar activamente en el desarrollo temático y operativo del Convenio de Rotterdam, esto se debe a que el origen de éste se asocia al Código Internacional de Conducta de la FAO para la Distribución y Uso de Plaguicidas, por tanto, gran parte del quehacer de este Convenio tiene directa relación a los riesgos asociados al uso y manejo plaguicidas y sus consecuencias sobre las personas y el medio ambiente”.

²⁶ O Chile depositou, no Secretariado da Convenção de Estocolmo, em 28/04/2006, seu plano de ação e implementação dessa Convenção

de 1992); 4) Convenção de Montreal (vigente no Chile desde 1987)²⁷. Outro mecanismo com potencial para redução do uso de agrotóxicos no Chile é a assinatura de acordos de livre comércio com países que já preveem, em seu aparato legal, a proibição de agrotóxicos de nível 1a e 1b (ex.: EureGap e o regulamento dos EUA) (QUEZADA, 2011, 99).

No que tange à Convenção de Estocolmo sobre Poluentes Orgânicos Persistentes, o Plano de Ação do Chile (2018-2022) prevê oito objetivos. Primeiro, fortalecer a institucionalidade para a gestão ambientalmente racional de POPs. Segundo, desenvolver uma gestão ambientalmente racional dos POPs. Terceiro, identificar e implementar medidas para reduzir ou eliminar a liberação de POPs derivados da produção não intencional. Quarto, desenvolver uma gestão ambientalmente racional de POPs. Quinto, fortalecer as capacidades instaladas para análises dos POPs. Sexto, promover e desenvolver atividades de pesquisa sobre os POPs. Sétimo, fomentar o intercâmbio de informações sobre a gestão dos POPs. Oitavo, promover oportunidades de participação cidadã, capacitação e informação sobre os POPs (CHILE, 2017).

Resoluções como a Res. 6466/2017, Res. 8231/2012 e Res. 1400/2015 vão ao encontro do estabelecido pela Convenção de Roterdã uma vez que essa Resolução trata dos requisitos fitossanitários para o controle de um produto agrotóxico específico a fim de garantir a segurança em seu comércio exterior. A Resolução 1557/2014, considerada um dispositivo legal central na regulação chilena, ilustra os compromissos do país para com a Convenção de Roterdã e Convenção de Estocolmo sobre os POPs: “[essas Convenções internacionais], cujas decisões e atualizações estarão presentes no processo de autorização de agrotóxicos no Chile” (Res. 1557/2014).

Em que pese o Manejo Integrado de Pragas (MIP)²⁸ da FAO, a Resolução 1297/2007 recomenda que se promova a implementação do MIP, que tem como sua ferramenta essencial o monitoramento. Além disso, o Decreto 2/2016 considera a necessidade de produção, elaboração, rotulagem e comercialização de produtos orgânicos em conformidade com os critérios adotados pela Comissão do Codex Alimentarius (FAO/OMS). Nesse sentido, as Resoluções 33/2010 e 762/2011, do Ministério da Saúde (Subsecretaria de Saúde Pública), utiliza os valores de referência da FAO/OMS para fixar as tolerâncias máximas de resíduos de agrotóxicos em alimentos. Ao fixar essas tolerâncias, esses documentos listam alimentos e seu correspondente limite, conforme ilustra a imagem (Figura 03 abaixo).

(<http://chm.pops.int/Implementation/NationalImplementationPlans/NIPTransmission/tabid/253/ctl/Download/mid/13657/Default.aspx?id=34&ObjID=6339>). O plano de ação corrente (2018-2022) foi lançado em 2017 (<http://chm.pops.int/Portals/0/download.aspx?d=UNEP-POPS-NIP-Chile-COP7.Spanish.pdf>)

²⁷ Apesar de não ser diretamente endereçada aos agrotóxicos, essa Convenção recomenda a suspensão do uso de bromometano (brometo de metila). Com isso, o Ministério de Agricultura, em 28 de dezembro de 2005, emitiu a Resolução 1819 que suspende a fabricação e importação de agrotóxicos a base de brometo de metila. Essa regulação se enquadra no tópico de controlar e eliminar princípios ativos dos agrotóxicos.

²⁸ <http://www.fao.org/agriculture/crops/core-themes/theme/pests/ipm>

Figura 03 – Limites Máximos de Resíduos (LMR) de Agrotóxicos em Alimentos

Plaguicida	Alimento	LMR (mg/kg)
BENALAXILO	Lechuga arrepollada (escarola)	1
CIPERMETRINA	Ajo	0,5
	Cebolla	0.01
	Tomate	0.2
	Pimiento	0.1
CIROMAZINA	Champiñón	7
DIMETOMORF	Papa	0.05

Fonte: Resolução 762 de 20 de outubro de 2011 (Biblioteca do Congresso Nacional do Chile)

Apesar de ser signatário dessas convenções, o Chile possui registro de alguns agroquímicos do grupo 1a e 1b no seu Serviço Agrícola e Pecuário que são proibidos pela Convenção de Estocolmo (QUEZADA, 2011). Nesse sentido, houve uma tentativa de proibir os agrotóxicos perigosos indicados na Convenção de Estocolmo (1a e 1b), mas a proposta foi vetada pelo Senado chileno em 2009. O entendimento do Senado chileno foi de regular somente a população exposta diretamente ao agrotóxico (ex.: aplicador), sem pensar nos efeitos crônicos que o resíduo de agrotóxicos em alimentos possui (QUEZADA, 2011).

Em que pese as orientações de monitoramento e vigilância, foi incluído, em 2016, os resultados do programa de monitoramento de resíduos de agrotóxicos em produtos hortifrúti do Serviço Agrícola e Pecuário no Relatório²⁹ da Rede de Informação e Alertas Alimentares.

A estratégia do Chile³⁰ para a SAICM consiste em planos de trabalho setoriais: 1) identificar os atores relevantes para participar da implementação do GHS e SAICM; 2) analisar avanços e recomendações em âmbito internacional; 3) analisar possíveis mudanças na normativa chilena; 4) estabelecer acordos de colaboração permanente entre o setor público e privado; 5) difundir e sensibilizar sobre a implementação do GHS; 6) capacitar atores envolvidos nas temáticas associadas à implementação do GHS; 7) contar com grupo de fiscalizadores capacitados no GHS; 8) promover a incorporação de temas relacionados com a gestão segura de substâncias químicas em matrizes curriculares (Universidades, Institutos e centros de formação técnica).

Das 9 recomendações internacionais sobre legislação e competência, foram internalizadas no marco legal do Estado chileno as seguintes:

²⁹ <https://www.achipia.gob.cl/wp-content/uploads/2017/11/Informe-RIAL-2016.pdf>

³⁰ http://www.asiquim.com/asiquim2/documentos/GHS_situacion_actual.pdf

- Estabelecer responsabilidades, autoridades, competências entre as instituições envolvidas na regulação (Código Internacional de Conduta para Distribuição e Uso de Pesticidas – FAO 2013) por meio do Decreto-Lei 3558 de 2008. Nesse DL, é indicado o SAP para fiscalizar o cumprimento de normas relativas aos agrotóxicos e aplicar sanções;

Das 5 recomendações internacionais sobre rótulos e conteúdo, foram internalizadas no marco legal do Estado chileno as seguintes:

- Revisar e definir as condições e os requerimentos nacionais para a rotulagem de agrotóxicos (Trabalho do Comitê de Especialistas sobre o Transporte de Bens Perigosos e sobre o Sistema Globalmente Harmonizado (GHS) de Classificação e Rotulagem de Químicos (ECOSOC 2017/53) por meio do DL 3557 de 2008.

Referências

Corvalán, C, Reyes, M, Garmendia, L, Uauy, R. Structural responses to the obesity and non-communicable diseases epidemic: the Chilean Law of Food Labeling and Advertising. *Obesity Reviews* 2013 Nov; 14 (Suppl. 2): 79-87.

Cediel, G, Reyes, M, Louzada, MLC, Steele, EM, Monteiro, CA, Corvalán, C, Uauy, R. Ultra-processed foods and added sugars in the Chilean diet (2010). *Pub. Health Nutr.* 2017 Jun; 1-9.

Unger J-P, De Paepe P, Cantuarias GS, Herrera OA (2008) Chile's neoliberal health reform: An assessment and a critique. *PLoS Med* 5(4): e79. doi:10.1371/journal.pmed.0050079
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75182002029100001&script=sci_arttext&tlng=en

ISAGS. Instituto Suramericano de Gobierno En Salud. **Sistemas de salud en Suramérica:** desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012. 854p. Disponível em: <<http://isags-unasur.org/wp-content/uploads/2018/03/bb8ling2anx9red-illovepdf-compressed.pdf>>. Acesso em 25 de jun. 2018.

FONASA. **Población Beneficiaria FONASA.** 2016. Disponível em: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/adjuntos/Boletin_Estadistico_2015_2016. (acesso em 26 jun. 2018).

OECD. **Health Spending.** 2016. Disponível em: <<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>>. (acesso em 26 jun. 2018).

CHILE. Ley n. 18.755 de 07 de enero de 1989. Establece normas sobre el servicio agrícola y ganadero, deroga la ley n. 16.640 y otras disposiciones. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [citado em 26 jul. 2018]. Disponible em: <http://bcn.cl/1v8yv>

CHILE. Resolución 485 EXENTA. Fija texto y formato de cartel que señala las prohibiciones contenidas en la Ley n° 19.925, sobre expendio y consumo de bebidas alcohólicas, junto con las medidas y sanciones aplicables, y deroga resolución n° 1.513 exenta, de 2012. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [citado em 07 ago. 2018]. Disponible em: <http://bcn.cl/20w2g>

CHILE. Decreto Ley n. 3.557 de 09 de febrero de 1981. Establece disposiciones sobre protección agrícola. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [citado em 27 jul. 2018]. Disponible em: <http://bcn.cl/1xjy5>

CHILE. Decreto 157. Reglamento de Pesticidas de Uso Sanitario y Domestico. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [citado em 27 jul. 2018]. Disponible em: <http://bcn.cl/1uxtt>.

CHILE. Ley 19.419 de 09 de octubre de 1995. Regula actividades que indica relacionadas con el tabaco. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [citado em 27 jul. 2018]. Disponible em: <http://bcn.cl/1uzgd>.

CHILE. Ley 20.502 de 21 febrero 2011. Crea el Ministerio del Interior y Seguridad Pública y el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, y Modifica diversos cuerpos legales. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [citado em 06 ago. 2018]. Disponible em: <https://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20502>

CHILE. Decreto 58 de 16 junio de 2007. Modifica Decreto N° 977, de 1996. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [citado em 02 ago. 2018]. Disponible em: <http://bcn.cl/22zxxz>

CHILE. Decreto 68 de 23 de enero de 2006. Modifica Decreto N° 977, de 1996. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [citado em 02 ago. 2018]. Disponible em: <http://bcn.cl/22zwr>

CHILE. Decreto 71 de 23 agosto de 2012. Modifica Decreto N° 977, de 1996. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [citado em 02 ago. 2018]. Disponible em: <http://bcn.cl/26bce>

CHILE. Decreto 136 de 21 de abril de 2005. Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [citado em 27 jul. 2018]. Disponible em: <http://bcn.cl/1v149> .

CHILE. Decreto 13 de 26 de junio de 2015. Modifica Decreto Supremo N° 977, de 1996, Reglamento Sanitario de los Alimentos. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [citado em 02 ago. 2018]. Disponible em: <http://bcn.cl/1vax9>.

CHILE. Decreto 24 de 24 noviembre de 2011. Modifica Decreto Supremo N° 977, de 1996, Reglamento Sanitario de los Alimentos. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [citado em 02 ago. 2018]. Disponible em: <http://bcn.cl/230qp>.

CHILE. Decreto 172 de 24 de agosto de 2005. Aprueba Reglamento del Título II y artículo 57 de la Ley 19.925. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [citado em 06 ago. 2018]. Disponible em: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=241276&idParte=0>.

CHILE. Decreto 106 de 23 de abril de 2009. Modifica Decreto Supremo N° 977, de 1996, Reglamento Sanitario de los Alimentos. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [citado em 02 ago. 2018]. Disponible em: <http://bcn.cl/1whv4>.

CHILE. Decreto 88 de 19 de abril de 2013. Modifica Decreto Supremo N° 977, de 1996, Reglamento Sanitario de los Alimentos. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [citado em 02 ago. 2018]. Disponible em: <http://bcn.cl/1vwzx>.

CHILE. Ley 20.660 de 01 de marzo de 2013. Modifica Ley N° 19.419, en materia de ambientes libres de humo de tabaco. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [citado em 27 jul. 2018]. Disponible em: <http://bcn.cl/1uwjh>

CHILE. Ley 20.606 de 06 de julio de 2012. Sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [citado 29 jul. 2018] Disponible em: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1041570>.

CHILE. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Segunda entrega de resultados [Slide]. Santiago: Gobierno de Chile. 2018 Jan. [citado em 30 jul. 2018]. Disponible em: http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018.pdf.

CHILE. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros resultados [Slide]. Santiago: Gobierno de Chile. 2017 Nov. [citado em 30 jul. 2018]. Disponible: http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf

CHILE. Decreto 4.352 de 13 junio de 2018. Aprueba ordenanza municipal sobre promoción de estilos de vida saludable en la Comuna de Arauco. Santiago: Gobierno de Chile. [citado em 30 jul. 2018]. Disponible em: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1119477>

CHILE. Decreto 977 de 13 mayo de 1997. Aprueba Reglamento Sanitario de los Alimentos. Santiago: Gobierno de Chile. [citado em 01 ago. 2018]. Disponible em: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=71271>

CHILE. Decreto con Fuerza de Ley 1 de 26 de julio de 2018. Fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley n° 18.695, orgánica constitucional de municipalidades. Santiago: Gobierno de Chile. [citado em 30 jul. 2018]. Disponible em: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=251693>

CHILE. Ley 18455 de 11 noviembre de 1985. Fija normas sobre producción, elaboración y comercialización de alcoholes etílicos, bebidas alcohólicas y vinagres, y deroga libro I de la Ley n° 18.105. Santiago: Gobierno de Chile. [citado em 06 ago. 2018]. Disponible em: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=29859>.

CHILE. Decreto Ley 828 de 31 diciembre 1974. Establece normas para el cultivo, elaboración, comercialización e impuestos que afectan al tabaco. Santiago: Gobierno de Chile. [citado em 03 ago. 2018]. Disponível em: <http://bcn.cl/1vx6w>

CHILE. Plan Nacional de Implementación para la Gestión de los Contaminantes Orgánicos Persistentes en Chile 2018-2022. Santiago, 20 diciembre de 2017. [citado em 14 dez. 2018]. Disponível em: <http://chm.pops.int/Portals/0/download.aspx?d=UNEP-POPS-NIP-Chile-COP7.Spanish.pdf>

CHILE. Alcohol: venta y consumo [Internet]. Santiago: Biblioteca do Congresso Nacional. [atualizado em 9 mar. 2012; citado em 07 ago. 2018]. Disponível em: <https://goo.gl/qKuz1h>

CHILE. Ley 20.770 de 16 septiembre de 2014. Modifica la Ley del tránsito, en lo que se refiere al delito de manejo en estado de ebriedad, causando lesiones graves, gravísimas o, con resultado de muerte. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [citado em 06 ago. 2018]. Disponível em: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1066775>

CHILE. Metas 2011 – 2020: Estrategia Nacional de Salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011 – 2020. Santiago: Gobierno de Chile. [citado em 01 ago. 2018]. Disponível em: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

CHILE. Norma técnica de Vigilancia de intoxicaciones Agudas por Plaguicidas. Santiago: Gobierno de Chile; 2007. [citado em 26 nov. 2018]. Disponível em: <http://www.asrm.cl/archivoContenidos/normarevep.pdf>.

ELGUETA, Sebastian et al. Pesticide residues in leafy vegetables and human health risk assessment in North Central agricultural areas of Chile. **Food Additives & Contaminants: Part B**, [s.l.], v. 10, n. 2, p.105-112, 29 jan. 2017. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/19393210.2017.1280540>.

ISP - Instituto de Salud Pública. Unidad de Plaguicidas y Desinfectantes. Santiago: Gobierno de Chile. [citado em 27 jul. 2018]. Disponível em: <https://goo.gl/XQzRy5>.

NEFF, Roni et al. A comparative study of allowable pesticide residue levels on produce in the United States. **Globalization And Health**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.2-14, 2012. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1744-8603-8-2>.

Quezada, María T.M.. *Aspectos bioéticos en el control y aplicación de plaguicidas en Chile*. Acta Bioethica. 2011; 17 (1): 95 – 104. [citado em 04 dez. 2018].

Portes, LH, Machado, CV. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: adesão e implantação na América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2015; 38 (5): 370-9. [citado em 06 ago. 2018]. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18395/v38n5a4_370-379.pdf?sequence=1.

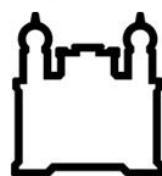
Rozas, María Elena. *Plaguicidas em Chile: Situación Actual y legislación en curso*. Alianza por una Mejor Calidad de Vida. [citado em 23 nov. 2018]. Disponível em: <http://sitios.upla.cl/contenidos/wp-content/uploads/2010/08/Mar%C3%ADa-Elena-Rozas.pdf>

Silva D Anamaría, Arancibia H Mariana, Pulgar G Claudio, Astorga C Leyla, Castillo C Alvaro, Adasme A Vianca et al . Exposición a plaguicidas y prácticas de uso y protección en embarazadas de zona rurales en control de

atención primaria en la región de Valparaíso, Chile. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2015 Aug [cited 2018 Nov 26] ; 80(5): 373-380. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000500004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000500004>.



NETHIS
NÚCLEO DE ESTUDOS SOBRE
BIOÉTICA E DIPLOMACIA EM SAÚDE



FIOCRUZ