



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Instituto de Estudos Sociais e Políticos

Beatriz Maciel Pontes

O lugar do controle do tabaco na política externa brasileira

Rio de Janeiro

2023

Beatriz Maciel Pontes

O lugar do controle do tabaco na política externa brasileira



—Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof. Dra. Letícia de Abreu Pinheiro

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CCS/D - IESP

P814 Pontes, Beatriz Maciel.
O lugar do controle do tabaco na política externa brasileira / Beatriz Maciel Pontes. – 2023.
118f. : il.

Orientadora: Leticia de Abreu Pinheiro
Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos Sociais e Políticos.

1. Brasil – Política externa – Teses. 2. Uso do tabaco – Prevenção e controle – Teses. 3. Saúde pública – Teses. 4. Saúde global – Teses. 5. Organização Mundial da Saúde - Teses. 6. Tabagismo – Teses. I. Pinheiro, Leticia de Abreu. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Estudos Sociais e Políticos. III. Título.

CDU 327(81)

Rosalina Barros CRB-7 / 4204 - Bibliotecária responsável pela elaboração da ficha catalográfica.

Autorizo apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

/ /
Data

Beatriz Maciel Pontes

O lugar do controle do tabaco na política externa brasileira

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 10 de abril de 2023

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Leticia de Abreu Pinheiro (Orientadora)
Instituto de Estudos Sociais e Políticos – UERJ

Prof. Dr. Carlos Roberto Sanchez Milani
Instituto de Estudos Sociais e Políticos – UERJ

Prof. Dr. Carlos Henrique Paiva
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2023

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Principais companhias de tabaco do mundo em 2021, com base no valor de mercado	58
Gráfico 2 – Indicadores de interferência da indústria do tabaco no Brasil, 2018-2021	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução da exportação de fumo na balança comercial brasileira (USD 1.000)....	61
Tabela 2 – Presença nas reuniões e mudança de representantes da CONICQ	103

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma referente ao conteúdo dos artigos da CQCT da OMS	31
Figura 2 – Linha do tempo da legislação federal vigente sobre tabaco no Brasil (1986-1998).....	40
Figura 3 – Linha do tempo da legislação federal vigente sobre tabaco no Brasil (1999-2005).....	46
Figura 4 – Linha do tempo da legislação federal vigente sobre tabaco no Brasil (2006-2016).....	49
Figura 5 – Cadeia de suprimentos e vendas, aliados, terceiros e grupos de fachada	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estrutura e conteúdo geral das Diretrizes para Implementação do Artigo 5.3 da CQCT da OMS	32
Quadro 2 – Levantamento das principais estratégias mobilizadas pela indústria do tabaco ...	63

DEDICATÓRIA

Para Wagner Artese, com todo o amor e gratidão do meu coração.

AGRADECIMENTOS

Concluo esta dissertação com a sensação de que enfrentei o momento mais desafiador e, ao mesmo tempo, gratificante de toda a minha vida. Tendo questionado em muitos momentos a minha competência para a vida acadêmica, percebo hoje que valeu a pena mergulhar fundo em mim mesma, confiar no poder do tempo e no meu processo de cura, tendo sido eu tão machucada pelo processo de amadurecimento acadêmico. Apostar novamente no mestrado foi uma das decisões mais acertadas que já tomei. Me provei forte, competente e também capaz de ajudar a quem as durezas do ambiente acadêmico ameaçar ferir. Não poderia deixar de agradecer, portanto, àqueles que me ajudaram a chegar ao final de mais esta etapa, sã, salva e orgulhosa.

Em primeiro lugar, agradeço a minha família. Aos meus pais, Geraldo e Zélia, meu padrinho Wagner, minha irmã Bárbara e a minha cunhada Juciara. Sem o apoio de vocês eu jamais teria concluído não só essa, como tantas outras etapas importantes da minha vida. Sei que vocês sentiram comigo as dores das palavras duras endereçadas a mim, o cansaço das noites em claro e de choro. Acreditamos juntos e as dores passaram.

Agradeço em seguida a minha segunda família, sendo essa feita de fé e não de sangue. Aos irmãos da Tenda Espírita São Miguel, terreiro de amor ancestral que cuidou de mim e me deu força nos momentos em que ameacei fraquejar.

Aos meus amigos Anelise Almenara, Ivi Elias, Laissa Rodrigues, Lorena Fontes, Matheus Pestana, Pedro Cazagrande, Rafaela Rodrigues, Roberta Viola, Tainá Lopes, Taíssa Cabral e Vinicius Menezes, agradeço por acreditarem tanto em mim, mesmo quando eu mesma, por vezes, desacreditei.

Agradeço ao Instituto Nacional de Câncer, considerando-o muito mais do que um hospital. O INCA é uma instituição de ensino e pesquisa de excelência em saúde pública e foi nele que me apaixonei pelo controle do tabaco. Devo parte desta virada profissional ao Dr. João Ricardo Viegas, ex-professor e amigo que acreditou no meu potencial de contribuição para os trabalhos da Secretaria Executiva da Comissão Nacional Para Implementação da Convenção-Quadro Para o Controle do Tabaco. João é um dos profissionais mais competentes que já conheci e tive a honra de trabalhar junto. Como amigo, é daqueles que dão muito orgulho. Minha eterna gratidão aos profissionais de excelência que me acompanharam enquanto pesquisadora visitante da instituição, especialmente à Dr^a Tânia Cavalcante, Felipe Mendes,

Ana Paula Teixeira, Alessandra Trindade, Telma de Almeida, Rita de Cassia Martins, Erica Cavalcanti, Cristina Perez, Renata Arthou e Alexandre Octávio. À Divisão de Tabagismo, aqui representada pela chefe da divisão, Andrea Reis, agradeço pela acolhida, carinho e respeito. Devo a cada um de vocês o que eu sei hoje sobre saúde pública, especialmente sobre o valor da luta diária pelo controle do tabaco no Brasil e pelo Sistema Único de Saúde, nosso amado SUS.

O mestrado me dotou de competências teóricas e conceituais que certamente vão nortear o meu fazer político daqui pra frente. E o Partido Socialista Brasileiro foi meio que escolhi para viver esse mundo empírico da política. Direciono então meus agradecimentos aos mentores e amigos queridos que encontrei no PSB, representados aqui por Alessandro Molon e Roberta Barcellos. Ter a confiança de vocês reforçou em mim a fé no que virá e a crença na minha própria capacidade de contribuir com a (re)construção do nosso país.

Justo o agradecimento ao IESP-UERJ, enquanto instituição e comunidade, por ter me permitido amadurecer intelectualmente sem que eu me tornasse uma pessoa insensível às necessidades daqueles que surgem pelo meu caminho. Meu eterno carinho, respeito e gratidão a todos os amigos que fiz ao longo desses anos como aluna e pesquisadora da casa, em especial, meus companheiros das turmas de mestrado em Sociologia e Ciência Política de 2021. O mundo só ganha com pessoas tão incríveis lutando por ele todos os dias.

Agradeço a grande mulher e potência acadêmica que é a minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Leticia Pinheiro, por toda dedicação e competência. Foi incrível trabalhar com a autora de tantos livros e conceitos em matéria de política externa, com os quais tenho contato desde a graduação. Leticia formou os professores que me formaram e segue fazendo escola.

Outros professores especiais fizeram parte dessa história, a quem também serei eternamente grata. Ao professor Maurício Santoro, devo o meu recomeço. Pelo tempo que despendeu em conversas comigo e pelas palavras cuidadosas que me disse no momento mais difícil da minha carreira. Ao professor Carlos Milani, agradeço pelas gentilezas, pela leveza com a qual conduz suas aulas e por dividir generosamente comigo a sua sala de aula no estágio docente na graduação em relações internacionais da UERJ. Agradeço ao professor Paulo Velasco por todas as vezes que me recebeu em suas turmas – foram pelo menos sete entre graduação e mestrado – e por conduzir por último a disciplina que considero mais importante para a construção do mapa teórico-conceitual mobilizado por esta pesquisa.

Registro por fim o meu agradecimento à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro pelo apoio financeiro tão importante para a viabilização desta pesquisa.

Dar a qualquer empresa de tabaco um lugar na mesa de negociação é como nomear um comitê de raposas para cuidar de suas próprias galinhas.

*Dra. Margaret Chan
Diretora Geral da Organização Mundial da Saúde, 2013.*

RESUMO

PONTES, Beatriz Maciel. *O lugar do controle do tabaco na política externa brasileira*. Orientadora: Letícia de Abreu Pinheiro. 2023. 118f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) — Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Esta dissertação tem como objetivo analisar o processo decisório da Política Externa do Brasil no contexto da Convenção-Quadro Para o Controle do Tabaco (CQCT), especialmente, a dinâmica entre os atores responsáveis por escolhas políticas sobre o tema. É do interesse da pesquisa analisar a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde enquanto unidade de decisão política para entender por que, mesmo com toda sua magnitude, a indústria do tabaco não conseguiu emplacar seus interesses nas posições do Brasil no contexto das Conferências das Partes da OMS. A resposta se encontra na natureza da unidade de decisão e no modo como opera. Para esta pesquisa, a CONICQ é um “grupo único” de atores que compartilham valores semelhantes com relação à saúde global e que, por consequência, alcançam consenso nas decisões. Neste processo, a Secretaria Executiva da CONICQ se encarrega de pautar e resguardar o processo decisório da interferência da indústria. Não é desconsiderada a dinâmica de disputa pelo fato de tanto a indústria quanto os atores que a defendem buscarem constantemente influenciar o processo decisório, ainda que não tenham obtido resultados concretos até hoje. Para viabilizar tal análise, foi necessário promover um debate sobre o lugar da saúde na política externa brasileira e a recorrer ao referencial analítico de política externa presente em Margaret e Charles Hermann.

Palavras-chave: política externa brasileira; controle do tabaco. análise de política externa; unidade última de decisão; saúde global.

ABSTRACT

PONTES, Beatriz Maciel. *The place of tobacco control in brazilian foreign policy*. Orientadora: Leticia de Abreu Pinheiro. 2023. 118f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

This dissertation aims to analyze Brazilian Foreign Policy decision-making process in the context of the Framework Conventions for Tobacco Control (FCTC), especially the dynamics between the actors responsible for such choices, assuming the predominance of the Executive Secretariat of the national mechanism of treaty coordination in Brazil (SE-CONICQ) and the Ministry of Foreign Affairs (MRE) in this process. It is of interest to the research to analyze the National Commission for the Implementation of the Framework Convention of the World Health Organization to understand why, even with all its magnitude, the tobacco industry is unable to express its interests in the positions of Brazil in the context of the Conferences of the Parties of the WHO. The answer lies in the type of unit of analysis and the way it operates. For this research, CONICQ is a simple group that operates by consensus, where the Executive Secretariat of the body and the Itamaraty are in charge of guiding and safeguarding the decision-making process from industry interference. The dispute dynamics is not disregarded due to the fact that both the industry and the actors that defend it constantly seek to influence the decision-making process, even if they have not obtained concrete results until today. Such dispute dynamics is due to the very composition of the national coordination mechanism of the treaty in Brazil, that is, because it is an interministerial commission characterized by the plurality of actors and interests justified by the democratization of the decision-making process of Brazilian foreign policy.

Keywords: brazilian foreign policy; tobacco control; foreign policy analysis; ultimate decision unity; single group.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIFUMO	Associação das Indústrias Brasileira do Fumo
AFUBRA	Associação dos Fumicultores do Brasil
AMPROTABACO	Associação dos Municípios Produtores de Tabaco
AISA	Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde
MAS	Assembleia Mundial da Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APE	Análise de Política Externa
BAT	British American Tobacco
CICT	Comissão Intergovernamental para o Controle do Tabaco
CMCT	Conferência Mundial em Tabaco ou Saúde
CNCT	Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco
CNTC	China National Tobacco Corporation
COP	Conferência das Partes
CQCT	Convenção-Quadro Para o Controle do Tabaco
FETAG	Federação dos Trabalhadores na Agricultura no Rio Grande do Sul
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GTA	Grupo de Trabalho Aberto
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MAPA	Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MC	Ministério das Comunicações
MCTI	Ministério da Ciência, Tecnologia e Informação

MDA	Ministério do Desenvolvimento Agrário
MDIC	Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior
MEC	Ministério da Educação
MMA	Ministério do Meio Ambiente
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MF	Ministério da Fazenda
MJ	Ministério da Justiça
MOP	Reunião das Partes
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MRE	Ministério das Relações Exteriores
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
ONI	Órgão Negociador Intergovernamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PEB	Política Externa Brasileira
PMI	Philip Morris International
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
SECINT	Secretaria Especial de Comércio Exterior e Assuntos Internacionais

SE-CONICQ	Secretaria Executiva da Comissão Nacional para a Implementação do Controle do Uso do Tabaco
SEATCA	Aliança Para o Controle do Tabaco do Sudeste Asiático
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SNPM	Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres
SINDIFUMO	Sindicato dos Fumicultores do Brasil
SINDITABACO	Sindicato Interestadual da Indústria do Tabaco
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNASUL	União de Nações Sul-Americanas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para as Crianças

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	19
1	<u>A RESSIGNIFICAÇÃO DO TABAGISMO NO BRASIL E NO MUNDO.....</u>	24
1.1	<u>A epidemia global de tabagismo e o sistema ONU.....</u>	24
1.2	A criação da CQCT da OMS.....	29
1.2.1	<u>As conferências e reuniões das partes.....</u>	33
1.3	O controle do tabaco na Região das Américas.....	36
1.4	Trajetória da política nacional de controle do tabaco e a implementação da CQCT no Brasil.....	38
1.4.1	Estruturação inicial (1985-1998).....	40
1.4.2	<u>O Brasil negociador e a ratificação da CQCT (1999-2005).....</u>	42
1.4.3	Implementação no Brasil (2006-2016).....	48
1.4.4	O papel influenciador da comunidade epistêmica antitabagista.....	51
1.5	Considerações parciais.....	53
2	MODUS OPERANDI DA INDÚSTRIA DO TABACO NO BRASIL.....	55
2.1	A indústria.....	56
2.2	Receita ou despesa?.....	61
2.3	Estratégias.....	63
2.3.1	Inserção no processo decisório da PEB.....	66
2.4	Considerações parciais.....	69
3	O LUGAR DO CONTROLE DO TABACO NA POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA.....	71
3.1	Saúde na política externa.....	72
3.2	Interação entre saúde e política externa no Brasil.....	76
3.2.1	Governos Lula da Silva (2003-2010) e Rousseff (2011-2015).....	80
3.2.2	Governos Temer (2015-2018) e Bolsonaro (2019-2021).....	84
3.3	Caminhos na Análise de Política Externa.....	90
3.3.1	As contribuições de Hermann e Hermann (1989).....	93

3.3.2 A CONICQ enquanto unidade última de decisão.....	98
CONCLUSÃO.....	107
REFERÊNCIAS.....	113

INTRODUÇÃO

A excelência com a qual os atores envolvidos nas decisões de Política Externa Brasileira deliberaram sobre o controle do tabaco parece não mais surpreender a comunidade internacional. Frequentemente citada por especialistas em saúde global, alocados na Organização Mundial da Saúde, a diplomacia brasileira coleciona episódios em que propôs e coordenou diversas ações consideradas pela literatura como fundamentais para a consolidação do primeiro tratado internacional de saúde pública da OMS, o tratado da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). O Brasil esteve presente e foi propositivo nas Conferências Mundiais de Tabaco ou Saúde, espaço no qual o tabagismo deixou de ser apenas um problema doméstico de saúde pública e se consolidou como uma epidemia global. O país presidiu o órgão negociador do tratado e, mesmo após a sua entrada em vigor, manteve seu compromisso com a agenda.

Parte dessa excelência é atribuída a fatores domésticos bastante explorados por especialistas em política externa brasileira e/ou saúde pública, como Milani e Pinheiro (2013), Pedro Saldanha (2011), Santiago Alcázar (2005) e Leonardo Portes (2020) com os quais essa pesquisa buscou corroborar, dentre eles: 1) a *expertise* da diplomacia brasileira e dos formuladores de políticas públicas de saúde que responderam (e seguem respondendo) pelo controle do tabaco de modo complementar; e 2) o lugar ocupado pela saúde na política externa brasileira. Ambos, resultantes do processo de democratização da PEB, fenômeno pautado pela ampliação dos debates e espaços decisórios que transformou a própria agenda. Também é considerado um fator importante para a otimização dos trabalhos do Brasil na questão do tabaco no plano externo, porém menos conectado ao fenômeno de democratização da PEB - a existência de um mecanismo de coordenação nacional de implementação do tratado da CQCT, criado em cumprimento ao artigo 5.2 de seu texto.

Para os estudiosos da PEB, com o fim da Guerra Fria e com a consequente atribuição de menor ênfase às questões de segurança e defesa no plano global, vários temas de agenda deixaram de ser preteridos, dos quais podemos citar Direitos Humanos, meio ambiente e saúde. Esse novo cenário impôs uma nova dinâmica ao processo decisório brasileiro, especialmente concentrado no MRE, ator tradicional da política externa brasileira. Neste sentido, a democratização da PEB se intersecciona com o fim do conflito bipolar, e cria um novo cenário, pautado pela diversidade da agenda e pela perda do domínio militar dos processos decisórios. A partir deste momento, o Itamaraty passou a avaliar a contribuição de outros setores nos

assuntos da PEB como, por exemplo, os sociais (LIMA, 2000; PINHEIRO, 2009). Para além da contemplação de temas desta natureza por tomadores de decisão tradicionais (diplomatas e chefes de estado), atores oriundos destas agendas (diretores de ONGs, presidentes de sindicatos, dentre outros) passaram a incorporar o processo decisório. O retorno da possibilidade de atores sociais exercerem pressão sobre as agendas do governo foi fundamental para a diversificação de ideias e soluções políticas de maior alcance social. O processo de liberalização econômica também oportunizou a entrada de atores não tradicionais pertencentes aos setores financeiros, econômicos e comerciais no processo decisório da PEB, especialmente pelo abandono gradual da política de substituição de importações (AVELHAN, 2017). Conforme apontado por Pinheiro (2009), a abertura brasileira à competição econômica global gerou um efeito distributivo para a PEB, uma vez que as negociações internacionais dificilmente contemplam as expectativas de todos os setores econômicos, políticos e sociais, estando eles envolvidos diretamente ou não no processo decisório.

O incremento das tecnologias da comunicação permitiu que cada vez mais os acontecimentos domésticos ganhassem maior relevância no plano externo, bem como o aumento da repercussão de temas internacionais no plano doméstico dos Estados. E foi esse movimento que configurou a intensificação da globalização na década de 1990, bem como de seu papel na pluralização de temas e atores envolvidos no processo decisório da PEB.

A interação mais orgânica entre a diplomacia brasileira e outros órgãos de governos, como o Ministério da Saúde, também é entendida por esta pesquisa como um produto da democratização da PEB. Tal movimento foi fundamental para que se ampliasse a capacidade técnica do corpo diplomático brasileiro sobre temas específicos e para que setores técnicos, encarregados de formular políticas essencialmente domésticas contribuíssem com a formulação da política externa brasileira, questão que será trabalhada em detalhes ao longo da dissertação.

A ressignificação dos temas de agenda global e o surgimento de novos problemas globais, dos quais podemos citar as epidemias e o aquecimento do planeta, atribuíram maior relevância às questões de saúde no campo da política externa, ainda que sua sustentação ao longo do tempo enquanto prioridade tenha sido problematizada por autores como David Fidler (2005; 2011) e Ilona Kickbusch (2011).

Foi na esteira dessas transformações externas e domésticas que o controle do tabaco surgiu como tema de política externa no Brasil, ou seja, como resultado da mudança de cenário global, da redemocratização do Brasil e da ascensão dos temas de saúde na PEB. E foi nesses mesmos termos que o país se consolidou como um Estado modelo de implementação da CQCT da OMS. Todavia, conforme evidências abordadas no decorrer desta pesquisa, nem sempre esse

resultado ótimo - pautado pelo alto grau de comprometimento brasileiro na agenda da CQCT da OMS - foi produto de uma orientação ou de um entendimento de governo acerca da relevância dos temas de saúde em matéria de política externa. Pelo contrário, a sustentação do controle do tabaco ocorreu apesar da diminuição da interação entre saúde e política externa.

Soma-se à própria oscilação na interação entre saúde e política externa a constante pressão da indústria do tabaco. Considerando que os avanços do Brasil na implementação da CQCT representam necessariamente o prejuízo direto para pequenas e grandes empresas do ramo, a indústria do tabaco utiliza estratégias de interferência no processo decisório visando a redução do comprometimento brasileiro com as medidas previstas pelo tratado.

O que explica então a sustentação do controle do tabaco na política externa brasileira e o elevado comprometimento dos tomadores de decisão com as agendas das Conferências e Reuniões das Partes da CQCT? Se por diversos anos a PEB não esteve exatamente orientada a priorizar os temas de saúde, como o controle do tabaco resistiu às tentativas de interferência da indústria? Esta pesquisa é resultado da observação minuciosa do trabalho da unidade que decide pelo controle do tabaco no Brasil. E é nela que esta pesquisa acredita estarem as respostas para as perguntas anteriores. Mais precisamente, nas bases em que foi criada e no modo como opera a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco, a CONICQ. Conforme veremos adiante, a CONICQ foi criada na esteira da política de acesso universal à saúde, do protagonismo do Ministério da Saúde e de condições orçamentárias favoráveis para a execução de políticas públicas dessa natureza. Destarte, a CONICQ começou a operar e a responder pela política externa para o controle do tabaco buscando alcançar os objetivos da saúde através da PEB, transformando o controle do tabaco em uma política de Estado. Nesses termos, ações desta natureza se descolam das orientações de governo e se orientam através de valores comuns compartilhados pelos próprios tomadores de decisão, ou seja, pelo entendimento de que a saúde pública deve sempre ser priorizada em relação a qualquer interesse econômico setorial. Esta pesquisa também entende que a consolidação da CONICQ enquanto unidade de decisão só foi possível por conta da prevalência do entendimento de que a pluralidade da arena decisória tende a produzir decisões mais assertivas e conectadas aos objetivos da CQCT da OMS e da priorização dos temas de saúde.

Desse modo, a pesquisa tem como objetivo analisar o processo decisório da política externa brasileira para o controle do tabaco, concentrado na CONICQ e presidido pelo Ministério da Saúde. Busca-se compreender a função dos atores, bem como as preferências na construção das posições brasileiras mediante a realização das Conferências e Reuniões das Partes da CQCT da OMS, revelando assim as dimensões internas que permitem a manutenção

do comprometimento do Brasil com a Convenção-Quadro e o afastamento da interferência da indústria do processo decisório. Os objetivos específicos consistem em: 1) caracterizar o papel protagônico do Brasil na agenda global de controle do tabaco; 2) estudar as características da indústria do tabaco no Brasil para entender como definem suas estratégias de influência no processo decisório da PEB; 3) analisar o lugar da saúde na Política Externa Brasileira dos quatro governos responsáveis pelo envio de delegações oficiais às COPs e MOPs; e 4) examinar as características e o modo como opera a unidade responsável pelas decisões sobre o controle do tabaco. O estudo realizado possui caráter exploratório, e foram adotadas três metodologias: as pesquisas bibliográfica e documental e a pesquisa de campo. No desenvolvimento do primeiro capítulo, a pesquisa documental teve maior espaço, especialmente no que diz respeito à utilização de documentos primários como o próprio texto do tratado da CQCT da OMS, do Protocolo para Eliminação de Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco, relatórios de progresso global da OMS, decretos, portarias e documentos oficiais do Ministério da Saúde, da ANVISA e da Secretaria Executiva da CONICQ. No segundo capítulo foi feita uma revisão de relevante bibliografia da área de monitoramento da indústria do tabaco como livros e artigos científicos. Para caracterizar o lugar da saúde na política externa brasileira e analisar a unidade de decisão sobre o controle do tabaco, etapas realizadas no capítulo três, foram combinados os métodos bibliográfico e documental. Foram revistas contribuições das teorias sobre Análise de Política Externa (APE), sobre a política externa brasileira e sobre saúde global. Por fim, para analisar as características do processo decisório brasileiro para o controle do tabaco foram consultados documentos primários, como relatórios e atas de reuniões da CONICQ.

A dissertação foi dividida em três capítulos. No primeiro, tratamos da ressignificação do tabagismo no Brasil e no mundo caracterizada primordialmente pela evolução dos estudos científicos que fizeram a preocupação com o tabagismo sair da esfera doméstica e se consolidar no primeiro tratado de saúde pública do mundo. Neste mesmo capítulo, analisamos a participação do Brasil no processo de consolidação da CQCT da OMS e na consequente implementação no plano doméstico.

No segundo capítulo buscou-se caracterizar a indústria do tabaco, especialmente, os contornos que assume no Brasil, bem como abordadas as principais estratégias utilizadas pelas grandes corporações do ramo para interferir no processo decisório da PEB e, por consequência, prejudicar a implementação da CQCT da OMS.

No capítulo final foi analisado propriamente como se dá o processo decisório sobre as posições brasileiras mediante a realização das COPs e MOPs e explicitado que esta pesquisa entende que o controle do tabaco é uma área de responsabilidade governamental que foi

delegada a um grupo único de tomada de decisão (a CONICQ) com base nas definições de Hermann e Hermann (1989). Vale lembrar que a CONICQ é composta por 18 órgãos do governo que, em sua maioria, possuem pequenos pontos de interseção com a Convenção-Quadro. Esses órgãos, por seu turno, são coordenados pela Secretaria Executiva de modo que suas participações nos processos decisórios sejam resumidas à produção de pareceres técnicos específicos, conforme veremos no capítulo pertinente às dinâmicas das COPs.

1 A RESSIGNIFICAÇÃO DO TABAGISMO NO BRASIL E NO MUNDO

Nosso objetivo primeiro nesta pesquisa é construir a trajetória de ressignificação do tabagismo que culminou na consolidação do regime global de controle do tabaco. Ressignificação essa que consistiu no entendimento de que as consequências do uso de produtos de tabaco e nicotina na saúde humana e planetária deveriam ser debatidas e combatidas mediante o estabelecimento de políticas de controle em escala doméstica e global. Esmiuçar o conteúdo do tratado da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), sua estrutura e *status* global de implementação se faz necessário, pois cada parte de sua composição indica um conjunto de medidas coibitivas às ações da indústria do tabaco que geralmente orientam as políticas domésticas dos Estados. É a essas medidas que a indústria responde, implementando suas estratégias e conflitando com as instâncias governamentais no plano doméstico. Em seguida, será dada ênfase a construção da imagem de um Brasil negociador da CQCT e a consequente implementação do tratado no país, destacando o comprometimento do país com a agenda.

1.1 A epidemia global de tabagismo e o sistema ONU

O tabagismo sempre foi uma questão controversa e, ao longo do tempo, suscitou diversos debates no campo científico acerca de seus malefícios. Diversos experimentos foram conduzidos com o objetivo de apurar os efeitos do tabaco na saúde. Inicialmente, esses estudos tiveram como foco a saúde humana e, com o passar do tempo, foram ampliados para entender os efeitos do tabaco no meio-ambiente.

A epidemia de tabagismo possui uma natureza distinta da maioria dos problemas de saúde pública no mundo: a origem dela se encontra em um produto legalizado pelas agências reguladoras de saúde e tanto o processo de produção quanto a distribuição do produto constituem a fonte de renda de algumas comunidades produtoras e de governos (MINUSSI, 2012). Isso implica dizer que o tabagismo é a principal causa evitável de mortes no mundo, sendo considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de mais de 50 diferentes tipos de doenças crônicas não transmissíveis, incapacitantes e fatais como cânceres, doenças coronarianas e doenças cerebrovasculares. Também é uma doença crônica - caracterizada pela dependência da nicotina, substância presente nos produtos de tabaco - que, segundo a OMS, compõe o grupo de

"transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento" por conta do uso de substância psicoativa na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-11) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022; DROPE et al, 2018).

Em nível global, a OMS apontou que o tabaco mata até metade de seus usuários, além de ser responsável pela morte de oito milhões de pessoas por ano, sendo mais de sete milhões dessas mortes resultantes diretas do uso contínuo desse produto, enquanto cerca de 1,2 milhão é resultado da exposição de não fumantes ao fumo passivo. Em 2020, 22,3% da população global consumia tabaco, estatisticamente correspondente a 36,7% de todos os homens e 7,8% das mulheres do mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022).

No Brasil, números disponibilizados pelo Ministério da Saúde indicam que, a cada dia, 443 pessoas morrem em decorrência da dependência da nicotina; os custos dos danos produzidos pelo cigarro chegam a 125.148 bilhões de reais, sobrecarregando os sistemas de saúde e econômico. O tabagismo também é responsável por cerca de 162 mil mortes anuais evitáveis. Quanto às mortes anuais atribuíveis ao tabagismo: 37.686 correspondem à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), 33.179 à doenças cardíacas, 25.683 a outros cânceres, 24.443 ao câncer de pulmão, 18.620 ao tabagismo passivo e outras causas, 12.201 à pneumonia e 10.041 ao acidente vascular cerebral (AVC) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022; INSTITUTO DE EFETIVIDADE CLÍNICA E SANITÁRIA, 2020).

De um modo geral, o esforço político dos Estados em torno dessa caracterização do tabagismo como problema de saúde pública e, posteriormente, como epidemia nos anos prévios à adoção do tratado foi impulsionado por três fatores principais. O primeiro deles foi a capacidade da indústria do tabaco de atrair novos consumidores, público esse cada vez mais jovem. Extensa é a capacidade das grandes companhias de tabaco de aprimorar suas estratégias de publicidade, promoção e patrocínio dos produtos para acompanhar as tendências de seu público alvo e, com o avanço no campo da tecnologia da informação e advento da internet, seus produtos passaram a ser ofertados massivamente em um espaço de difícil monitoramento, que é a internet. Vale ressaltar que o cigarro não é o único produto de nicotina do mercado, mas sim o mais consumido.

O segundo fator que impulsionou a criação do tratado da CQCT da OMS foi a expansão da globalização do mercado, a qual tornou a produção e comercialização dos produtos de tabaco cada vez mais fácil e rentável. Ao longo das últimas décadas, a globalização da economia contribuiu para que as grandes companhias transnacionais de tabaco passassem a dirigir os seus esforços para locais onde os custos de produção são reduzidos e o potencial de consumo

elevado. Esse processo resultou em uma grande expansão de mercado em países do Leste Europeu, da América Latina, da Ásia e da África nos últimos anos. Foi assim que países como o Japão, Tailândia e Taiwan, após a entrada das grandes transnacionais de cigarros nos seus mercados internos, experimentaram um importante aumento do consumo destes produtos.

A expansão das grandes multinacionais do tabaco para países de médio e baixo desenvolvimento, especialmente a partir de 1990, logo se refletiu na estagnação do mercado nos países desenvolvidos, na estabilização do consumo de cigarros nesses países e, por consequência, em um aumento exponencial do consumo nos países em desenvolvimento, para onde migraram suas produções (SALDANHA, 2011; MINUSSI, 2012).

A intensa atuação política e econômica da indústria do tabaco impacta de diferentes maneiras a evolução produção científica sobre o efeito do fumo na saúde humana e/ou interesse as políticas de controle do tabaco. É possível atribuir, em certa medida, a consolidação científica sobre os malefícios causados pelo consumo de tabaco nos países desenvolvidos ao redirecionamento produtivo da indústria do tabaco para os países em desenvolvimento. Isso implica dizer que quanto maiores os investimentos da indústria do tabaco em determinado país, mais trabalhoso é para construir consenso em torno das pesquisas científicas sobre os efeitos do tabaco.

O terceiro fator foi a capacidade dessas empresas de aliciar instituições, parlamentares e agentes públicos para a defesa de seus interesses, assunto de particular interesse desta pesquisa (CAVALCANTE, 2020). Conforme será mostrado adiante, a indústria do tabaco possui diversas maneiras de interferir e paralisar processos de elaboração de políticas públicas para o controle desses produtos, sendo a política externa brasileira uma delas, a fim de impedir o avanço dessa agenda que representa um prejuízo direto para o setor.

A OMS também aponta que cerca de 80%, dos mais de um bilhão de fumantes do mundo, vivem em países de baixa e média renda, onde o peso das doenças e mortes relacionadas ao tabaco é ainda maior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020). A partir da década de 1970, os países de baixa e média renda registraram uma significativa expansão no número de fumantes. Parte desse aumento se deu por conta da estratégia massiva da indústria do tabaco, na época, de propagar o uso do cigarro em filmes, novelas e comerciais de televisão. Esses mesmos dados indicam que o consumo de tabaco global obteve um aumento aproximado de 50%, de 1975 a 1996, principalmente por conta desse aumento observado nos países de média e baixa renda (JHA; CHALOUPKA, 1999).

Apesar das negociações sobre o texto da CQCT da OMS terem iniciado apenas em outubro de 2000, iniciativas anteriores, no contexto do Sistema das Nações Unidas, merecem

destaque. No ano de 1970, foi promovido o primeiro grande debate sobre controle do tabaco no âmbito da 23ª Assembleia Mundial da Saúde (AMS), ocasião em que foi adotada a Resolução AMS 23.32, intitulada “Consequências do fumo para a saúde”. No documento foram feitos alguns apontamentos e considerações, dos quais podemos destacar a recomendação para que os delegados não fumassem durante as reuniões; e para que, deste momento em diante, fossem aprofundados os estudos sobre o tabagismo. Pelos seis anos seguintes a AMS seguiu sem apresentar grandes novidades ao tema, algo que voltou a ser feito em 1976, por meio de uma nova resolução. Em 1980, a OMS iniciou o desenvolvimento de um programa sobre fumo e saúde, algo nunca antes feito dentro da Organização. Seis anos depois, na 39ª AMS, em 1986, a OMS alcançou um importante feito: a aprovação da resolução AMS 39.14, que, pela primeira vez, considerou o tabagismo como uma epidemia. Também foi na 39ª AMS que o próprio nome da reunião foi modificado para enfatizar a posição dos Estados acerca da incompatibilidade entre os termos tabaco e saúde, passando a reunião a se chamar, portanto, “tabaco **ou** saúde” (grifo nosso). Também é desde 1986 que a OMS recomenda a criação de pontos focais ou mecanismos regionais de coordenação para implementação das atividades sugeridas aos Estados, visando o avanço das políticas de controle do tabaco (SALDANHA, 2011).

No ano seguinte, em 1987, a 40ª AMS tomou uma das decisões mais importantes para o controle do tabaco. Foi estabelecido, por meio da resolução AMS 40.38, o Dia Mundial Sem Fumo, data que foi rebatizada após dois anos como Dia Mundial Sem Tabaco. Formalizada pela 41ª AMS, em 1989, o dia 31 de maio passou a ser considerada a data de celebração anual da campanha de controle do tabaco, pautada pela intensificação de ações voltadas para a redução do consumo. O aumento do engajamento dos Estados e das pautas no contexto do sistema ONU chamou a atenção de outras organizações para a causa, como foi o caso do Fundo das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF), o qual adotou uma resolução de recomendação para que o UNICEF ampliasse o engajamento em programas pautados no controle do tabaco, levando em consideração que o tabagismo também é aludido como uma doença pediátrica (PROKHOROV; WINICKOFF; AHLUWALIA, 2006).

O amadurecimento dos Estados no debate proporcionou o avanço de agendas consideradas mais delicadas no plano global, como foi o caso da AMS 43.24, que recomendou maior articulação de agendas multissetoriais de controle e consumo de tabaco. Ainda durante a 43ª AMS, em 1990, as Partes votaram pela adoção da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a qual passou a definir pela primeira vez a dependência do tabaco como uma enfermidade (SALDANHA, 2011).

Em 1992, durante a 45ª AMS, o controle do tabaco sofreu uma derrota relativa devido, ao que tudo indica, à interferência da indústria na mesa de decisão da Assembleia (SALDANHA, 2011). A adoção da Resolução AMS 45.20, intitulada “Colaboração multissetorial no programa da OMS sobre tabaco ou saúde”, logo seria conhecida informalmente como “Resolução do Malawi”. Isso porque o chefe dos serviços de saúde do Ministério da Saúde do Malawi, Heatherwick Ntaba, passou a colaborar com algumas empresas de tabaco. Enquanto alto funcionário do Ministério da Saúde de seu país, Ntaba foi delegado da 45ª AMS, bem como membro do Conselho Executivo da OMS, entre 1988 e 1989. O envolvimento de Ntaba com a indústria foi revelado pela Corte de Minnesota, onde diversos documentos da Philip Morris se tornaram públicos e revelaram uma discussão com Ntaba sobre como “a política da OMS mudaria do 'risco à saúde' associado ao uso do tabaco para o mais imediato e dramático: 'risco econômico', que resultaria no colapso da economia de países como o Malawi” (YACH, 2019).

Em 1995, a negociação em torno da criação de um tratado internacional para o controle do tabaco parecia cada vez mais próxima de se concretizar. Na esteira dos debates travados ao longo de quase 10 anos, durante as edições anteriores da AMS, a 48ª Assembleia, adotou a Resolução AMS 48.11, intitulada “Uma estratégia internacional para o controle do tabaco”. A resolução em questão foi fundamental para a decisão das partes da OMS de ingressar no processo de negociação do que, em breve, viria a ser o texto da CQCT da OMS.

As considerações do Grupo de Trabalho Aberto (GTA), criado pela Resolução da AMS 52.18, de 1999, também contribuíram de forma positiva para a evolução do tema no plano internacional. O GTA ocorreu entre os dias 25 e 29 de outubro de 1999, e teve como objetivo promover discussões e consultas sobre os principais aspectos que viriam a incorporar o tratado da CQCT da OMS em período prévio às negociações, propriamente. O evento foi realizado em Genebra, e contou com a participação de 114 Estados, representados por delegações de membros dos governos e especialistas em saúde. De fato, a expectativa foi cumprida e o material produzido pelo GTA foi aproveitado como esboço dos aspectos principais que vieram a incorporar a CQCT da OMS (SALDANHA, 2011; MINUSSI, 2012).

De um modo geral, a referida resolução AMS 52.18, serviu ao processo de negociação da CQCT da OMS como um mapa de condução dos trabalhos, bem como estimulou o debate acerca da necessidade de os Estados estabelecerem mecanismos nacionais de coordenação do que viria a ser a CQCT da OMS. Os elementos debatidos durante os trabalhos do GTA foram de extrema importância para que, anos depois, o governo brasileiro decidisse estabelecer a

Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro (CONICQ) da OMS (SALDANHA, 2011).

Os dados sobre o aumento do tabagismo no mundo foram essenciais para consolidar o comprometimento dos Estados com a agenda e, especialmente, para mobilizá-los em torno da elaboração da CQCT da OMS anos depois. Entretanto, o tema tabagismo e seus efeitos socioeconômicos e sanitários demoraram a transbordar do círculo médico e científico, ficando restrito a esse grupo por bastante tempo (SALDANHA, 2011).

Alguns dos eventos e espaços de discussão em saúde citados até aqui foram decisivos para promover as pesquisas que, desde a década de 1970, expunham os perigos em torno do tabagismo e sinalizavam para a necessidade de se levar o tema para o plano da cooperação internacional. Quase três décadas de discussão foram necessárias para consolidar o entendimento dos produtos de tabaco enquanto ameaça à longevidade humana que, em maio de 1999, durante a 52ª Assembleia Mundial da Saúde (AMS), impulsionou os Estados Membros das Nações Unidas a propor a adoção do tratado da CQCT.

1.2 A criação da CQCT da OMS

O processo de negociação da CQCT da OMS durou aproximadamente três anos e foi dividido em seis sessões do Órgão Negociador Intergovernamental (ONI), previamente estabelecido pela já citada resolução AMS 52.18. A negociação do tratado contou com consultas públicas que foram realizadas através de submissões por escrito e de audiência pública, em Genebra.

Desse modo, a OMS se abriu pela primeira vez ao exercício da inclusão de setores da sociedade, para além das comunidades de médicos e cientistas envolvidos no tema controle do tabaco. As restrições informais e indiretas que pautaram parte da evolução do tema na comunidade internacional foram notadas por diplomatas de todo mundo, agora plenamente incorporados ao processo de negociação (SALDANHA, 2011).

Findado o processo de negociação, em fevereiro de 2003, o texto foi submetido à análise e aprovação da 56ª AMS, em maio do mesmo ano, seguindo para depósito na Organização das Nações Unidas após a aprovação. Ficou disponível para assinatura do dia 16 de junho de 2004 a 29 de junho de 2004. Contando com a assinatura e ratificação de 40 países, a CQCT da OMS entrou em vigor em 27 de fevereiro de 2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

De um modo geral, a implementação da CQCT da OMS foi resultado do esforço conjunto de países que, no plano doméstico, já vinham elaborando estratégias para limitar as

ações da indústria do tabaco, bem como mobilizando recursos financeiros para potencializar as ações voltadas para a redução da prevalência de fumantes. Também sinalizou uma noção compartilhada pelos Estados de que o sistema de governança global em saúde estava defasado e que necessitava de novos mecanismos de fortalecimento. Essa nova perspectiva que passou a ser desenhada pelos Estados sobre a governança global em saúde também contemplou um debate acerca do papel de determinados atores públicos na construção dessa agenda, bem como o diálogo entre diferentes níveis da política. Neste sentido, a evolução do debate em torno da agenda do controle do tabaco também auxiliou o processo de amadurecimento do que hoje entendemos por “governança da saúde global” (MINUSSI, 2012).

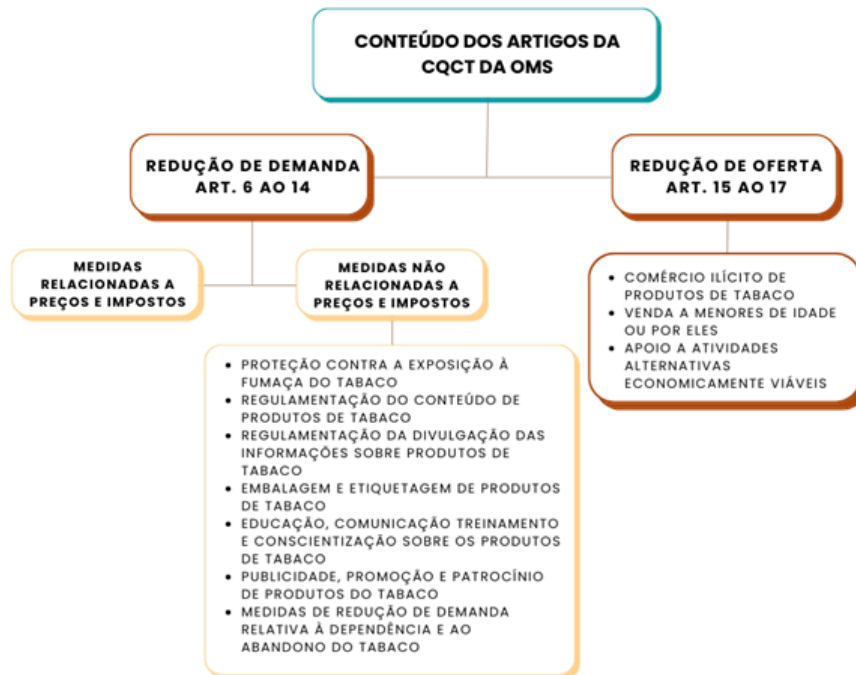
A CQCT da OMS é, desde então, o único tratado¹ da OMS e o que agregou o maior número de adesões na história da Organização das Nações Unidas (ONU). A CQCT da OMS atualmente possui a maior parte de países signatários em todas as cinco regiões do globo e, até 24 de junho de 2021, 182 países haviam ratificado a sua adesão. Dessas regiões, a que apresenta o maior número de países signatários da CQCT é a Europa, que conta com 42 Estados-Parte. Em contrapartida, a região das Américas é a região que apresenta o menor número de países signatários.

O tratado da CQCT da OMS tem como princípios norteadores: reforçar o direito à informação das pessoas sobre os riscos implicados no consumo do tabaco; o direito de acesso aos mecanismos de prevenção à iniciação do uso, bem como de apoio à cessação do fumo; e ampliação e proteção dos indivíduos contra a exposição passiva e involuntária à fumaça do tabaco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Para além, as medidas centrais do tratado possuem dois enfoques: redução da demanda e redução da oferta de produtos de tabaco. As medidas referentes à redução de demanda se encontram do artigo 6º ao 14º, tendo em vista que os artigos do 1º ao 5º versam sobre as obrigações gerais das partes, bem como sobre o objetivo geral da CQCT da OMS. Do artigo 15º ao 17º se encontram as medidas direcionadas à redução da oferta de produtos de tabaco, conforme esquematizado na imagem abaixo.

¹ O fato de a OMS ter estabelecido apenas um único tratado global é um indicativo da complexidade que permeia as discussões diplomáticas no campo da saúde. Até a data da publicação desta pesquisa a OMS tem trabalhado para emplacar seu segundo tratado, dessa vez para aprimorar os esforços conjuntos exigidos mediante pandemias globais como a de COVID-19, em 2020.

Figura 1 - Fluxograma referente ao conteúdo dos artigos da CQCT da OMS



Fonte: A autora, a partir do texto da CQCT da OMS, 2022.

Além da redução de oferta e demanda o tratado também estimula a cooperação técnica e científica entre os Estados-Parte, a comunicação de informação acerca do tema, a proteção ao meio ambiente e medidas para tratar da responsabilidade penal e civil em nível doméstico (PORTES, 2020). Segundo a CQCT, as Partes também são responsáveis por formular, aplicar, revisar e atualizar estratégias, planos e programas nacionais de controle do tabaco. Seguindo essas disposições gerais, o artigo 5.2 recomenda:

As Partes, segundo as suas capacidades:

- a. Estabelecer ou reforçar e financiar mecanismos de coordenação nacional ou pontos focais para controle do tabaco e;
- b. Adotar e implementar medidas legislativas, executivas, administrativas e/ou outras medidas e cooperar, quando apropriado, com outras Partes na elaboração de políticas adequadas para prevenir e reduzir o consumo de tabaco, a dependência da nicotina e a exposição à fumaça do tabaco. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Na esteira das disposições e obrigações gerais, o artigo 5.3 recomenda que “ao estabelecer e implementar suas políticas de saúde pública relativas ao controle do tabaco, as

Partes agirão para proteger essas políticas dos interesses comerciais ou outros interesses garantidos para a indústria do tabaco, em conformidade com a legislação nacional” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). Dos artigos da CQCT, é o 5.3 que exige das Partes o comprometimento e proatividade para implementar medidas para “prevenir interações desnecessárias com a indústria do tabaco, limitar as necessárias e estabelecer procedimentos de divulgação para proteger a saúde pública” (SEATCA, 2015).

Ao estabelecer e exigir através deste artigo a promulgação de leis e políticas para prevenir a interferência da indústria nas medidas de controle do tabaco, o Artigo 5.3 determina aos Estados que a saúde pública seja priorizada em relação aos interesses da indústria do tabaco e incentiva que desconsiderem a indústria do tabaco como “parte interessada” na política de saúde pública, que não estabeleçam parcerias com as empresas de tabaco e que não aceitem compor iniciativas de responsabilidade social corporativa da indústria (CORPORATE ACCOUNTABILITY INTERNATIONAL, 2017; TOBACCO-FREE KIDS, 2022).

Destarte, durante a COP 2², foi aprovada a decisão FCTC/COP2 que estabeleceu a criação de um grupo de trabalho para elaboração de diretrizes auxiliares para a implementação do artigo 5.3, tamanha a importância de dotar os Estados de competência técnica e de ferramentas para lidar com as tentativas de interferência da indústria. As diretrizes, que são um conjunto de medidas e recomendações auxiliares ao texto da CQCT, foram aprovadas por unanimidade na COP seguinte, estando entre tais medidas: internalizar as prerrogativas do artigo 5.3 na legislação nacional e dotar todos os ministérios do governo com o máximo de informações possível sobre as implicações de se manter interações com a indústria do tabaco (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013). As diretrizes definem e exortam como indicado no quadro abaixo:

Quadro 1 - Estrutura e conteúdo geral das Diretrizes para Implementação do Artigo 5.3 da CQCT da OMS (Continua)

Diretrizes para implementação do Artigo 5.3 da CQCT da OMS	
Princípios Norteadores	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conflito de interesses fundamental e irreconciliável entre a indústria do tabaco e as políticas de saúde pública. 2. Responsabilidade e transparência das Partes ao lidar com a indústria do tabaco. 3. As Partes devem exigir transparência por parte da indústria do tabaco 4. Devido à letalidade dos produtos de tabaco, a indústria não deve receber incentivos para estabelecer ou administrar seus negócios.
Recomendações	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumentar a conscientização sobre a natureza viciante e prejudicial dos produtos do tabaco e sobre a interferência da indústria do tabaco das Partes; 2. Estabelecer medidas para limitar as interações com a indústria do tabaco e garantir a transparência das interações que ocorrem; 3. Rejeitar parcerias e acordos não vinculantes ou inexecutáveis com a indústria do tabaco; 4. Evitar conflitos de interesse entre oficiais de governo e funcionários;

² A COP 2 foi realizada entre os dias 30 de junho a 6 de julho de 2007, em Bangkok, Tailândia. A Conferência contou com a participação de 146 Partes.

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Exigir que as informações fornecidas pela indústria do tabaco sejam transparentes e precisas; 6. Desnormalizar e, na medida do possível, regular atividades descritas como “socialmente responsáveis” pela indústria do tabaco; 7. Não oferecer tratamento preferencial à indústria do tabaco; 8. Tratar a indústria do tabaco estatal da mesma forma que qualquer outra indústria do tabaco.
Execução e monitoramento	As Partes devem estabelecer mecanismos de execução ou, na medida do possível, usar os mecanismos de execução existentes para cumprir suas obrigações nos termos do Artigo 5.3 da Convenção e destas diretrizes
Colaboração internacional e atualização e revisão das diretrizes	O fortalecimento da cooperação internacional, com base no artigo 20.4 da CQCT da OMS, o qual fornece a base para a coleta e troca de conhecimento e experiência com relação às práticas da indústria do tabaco, levando em consideração e atendendo às necessidades especiais das Partes em desenvolvimento com economias em transição;
Fontes de informações úteis	Indicações da OMS de pesquisas científicas sobre o tema.

Fonte: A autora, a partir de dados disponibilizados pela Organização Mundial da Saúde, 2013.

Com base no conteúdo de tais diretrizes, o artigo 5.3 permite - e porque não dizer, **recomenda** - a exclusão dos interesses da indústria do tabaco de qualquer processo decisório político em matéria de saúde e faz da inclusão dela uma violação ao tratado. Isso implica dizer que, ao tratar do controle do tabaco, a política externa brasileira não pode considerar os interesses da indústria em seu processo decisório. A indústria pode até ser considerada como um ator na medida em que tenta participar e influenciar o processo decisório, mas não pode ser contemplada sem necessariamente representar uma violação do Brasil ao tratado da CQCT da OMS. Esta é uma constatação inicial sobre a importância do artigo 5.3 para a priorização da saúde pública brasileira em detrimento dos interesses da indústria. Os desdobramentos de sua implementação, especialmente no campo da política externa, são objeto de análise mais detalhada ao longo dos capítulos 2 e 3.

1.2.1 As conferências e reuniões das partes

Conforme estabelecido pelo artigo 23 do texto da CQCT, após um ano da entrada em vigor, foi instituída a Conferência das Partes (COP), órgão de cunho executivo, formado, inicialmente, pelos Estados-Parte. Hoje, a COP também conta com a participação de Estados observadores, Instituições Governamentais e Organizações Não-Governamentais. Seu principal objetivo é decidir sobre as ações necessárias para garantir a implementação da Convenção, bem como assessorar, monitorar e avaliar todo o processo de execução pelos Estados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). A primeira COP foi realizada em fevereiro de 2006, em Genebra, e as

demais conferências ocorreram anualmente até 2008. A partir de 2008, as Conferências das Partes passaram a ocorrer de dois em dois anos.

Em fevereiro de 2006, a primeira sessão da COP decidiu adotar que, a partir do biênio seguinte, as Partes precisariam apresentar relatórios nacionais detalhados sobre as medidas recomendadas pelo tratado. Estes relatórios fomentam a construção de um documento geral, elaborado pelo Secretariado, intitulado Relatório de Progresso Global, que é comumente disponibilizado às Partes e ao público mediante a realização da COP. Desde então, estes Relatórios de Progresso Global têm lançado luz às conquistas e estimulado o compartilhamento do aprendizado de cada Parte com a implementação do tratado. Nestes relatórios, o Secretariado se encarrega de indicar as áreas que merecem maior atenção das Partes, bem como definir possíveis melhorias a serem realizadas.

De um modo geral, a COP é um momento muito particular e positivo de avaliação da implementação da CQCT por se tratar de um ambiente de compartilhamento de informações e experiências entre os países. Todavia, não deixa de ser um momento sensível para os Estados pois todos, sem exceção, podem ser objeto de críticas acerca do processo de implementação. Especialmente aqueles que enfrentam dificuldades para implementar as recomendações do tratado e de estabelecer arranjos decisórios suficientemente fortes para minar a interferência da indústria de suas políticas externas.

Um ano antes da realização da COP, o Secretariado define a agenda a ser tratada pela Convenção e, com base nos pontos dessa agenda, se inicia o processo de produção dos documentos norteadores das discussões em torno de cada ponto da agenda. Aproximadamente seis meses antes da realização do evento, esses documentos são liberados para conhecimento das Partes que, por seu turno, começam a estruturar suas delegações. A dinâmica exige intensa preparação por parte dos Estados signatários, dada a complexidade e rigor técnico de alguns pontos da agenda.

A indústria do tabaco se faz presente ao longo de todo o processo de preparação das COPs. Desde a submissão de aplicações para obtenção de status de observador por grupos de fachada ao envio de representantes diretos através das delegações nacionais. A interferência da indústria pode se fazer de modo mais sutil, através da cooptação de diplomatas, chefes de Estado, dentre outros membros do governo, para que assumam posturas menos colaborativas ou até mesmo combativas no processo negociador.

A identificação de delegações contaminadas pelos interesses da indústria não costuma ser difícil no contexto das COPs. Isso porque a assinatura do tratado da CQCT, bem como sua ratificação, é um processo voluntário. Ou seja, requer um elevado grau de comprometimento

do Estado com a agenda proposta para que o mesmo se torne parte do tratado e queira se sujeitar a um novo conjunto de normas. Esse arranjo cooperativo é fortemente pautado pelo compromisso dos Estados com a saúde pública e na obtenção do objetivo comum que é erradicar a epidemia de tabagismo. Logo, se caracterizam como fortes indícios de interferência da indústria quando o Estado se coloca no ambiente da COP de modo reativo às críticas ou pouco interessado em contribuir com ideias ou soluções para os pontos das agendas.

Dinâmica semelhante ocorre mediante a realização das Reuniões das Partes (*Meetings of the Parties* - MOP, da sigla em inglês), sendo essa relacionada ao Protocolo Para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco da CQCT da OMS. Consolidada a necessidade de aprimoramento das estratégias de ampliação de preços e impostos, durante a COP 5, em 2012, as Partes aprovaram o texto do Protocolo com a finalidade dotar os Estados de maior poder legal para combater a evasão fiscal que, de algum modo, permite que a indústria do tabaco escape do controle imposto pelo Estado. O documento não somente é o primeiro protocolo da CQCT da OMS como também é considerado um novo tratado de controle do tabaco, ainda que esteja diretamente vinculado aos artigos da CQCT (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O texto se divide em 10 partes, das quais destacamos: a parte 3 – controle da cadeia de suprimento; parte 4 – infrações; parte 5 – cooperação internacional; parte 6 – infrações; e parte 8 – solução de controvérsias. Cada uma dessas partes estabelece algumas das seguintes obrigações aos países signatários e observadores: a) adotar medidas de controle e regulação da cadeia de suprimentos; b) implementar medidas para fortalecer as competências das agências reguladoras nacionais; c) adotar medidas para fortalecer a cooperação internacional e facilitar a obtenção de assistência técnica; d) promover a cooperação entre as Partes para combater condutas ilícitas; e) promover a cooperação e comunicação com as organizações intergovernamentais; f) cooperar para a obtenção de recursos financeiros para viabilizar a implementação das medidas recomendadas pelo Protocolo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). A negociação do Protocolo também teve como objetivo fortalecer e dar suporte aos Estados no processo de elaboração e implementação de políticas de elevação de preços e impostos, visando reduzir a demanda por produtos de tabaco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

No período compreendido como momento inicial de recolhimento de assinatura pelas Partes – entre 10 de janeiro de 2013 e 9 de janeiro de 2014 – 54 países assinaram o protocolo, assumindo, portanto, o compromisso de aceitá-lo através da ratificação. Para entrar em vigor, o Protocolo necessitou que 40 Partes depositassem seus instrumentos de ratificação, conforme

estabelecido pelo art. 45 do Protocolo. Após a ratificação da 40^a parte, o Protocolo entrou em vigor no dia 25 de setembro de 2018, contando com a assinatura de 58 partes.

Importantes avanços no combate à resistência oferecida pela indústria do tabaco foram atribuídos à sua implementação. Exemplos reais de países que implementaram maiores alíquotas para produtos de tabaco comprovam a eficácia da medida para a redução das taxas de contrabando desses produtos. Fazem parte deste rol de países Dinamarca, Noruega, Finlândia, Irlanda e França. Seguindo a mesma lógica, países com baixas taxas de impostos apresentam elevados índices de contrabando, como é o caso do Paquistão, Espanha, Nigéria, Itália, Colômbia, dentre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

De modo muito semelhante ao funcionamento da COP, foi estabelecida na parte 6 do texto do Protocolo a apresentação de relatórios de progresso na implementação ao final de cada biênio, antes de cada Reunião das Partes (MOP), visando o acompanhamento e o aprimoramento das medidas do Protocolo. A primeira MOP ocorreu poucos meses após a entrada em vigor do Protocolo, em novembro de 2018. Sendo assim, o primeiro ciclo de relatórios a serem considerados para fins de acompanhamento da implementação do Protocolo foi entregue para avaliação da MOP 2, realizada remotamente, em 2021, por conta da pandemia de COVID-19.

Com base nos relatórios, o Secretariado da CQCT agrupou as principais barreiras encontradas pelas Partes mediante a implementação do tratado em três: (1) barreiras técnicas e relacionadas à capacidade; (2) barreiras em termos de governança; (3) obstáculos relacionados às políticas. Dentre elas foram citadas: a falta de capacitação e de experiência dos governos para implementar e monitorar a implementação do Protocolo; a falta de diretrizes para a implementação dos artigos do Protocolo, especialmente o artigo 8 (Rastreamento e Localização); a deficiência no intercâmbio de informações e na colaboração regional e internacional; a interferência da indústria do tabaco e as lacunas da legislação no plano doméstico dos Estados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

1.3 O controle do tabaco na Região das Américas

A Região das Américas promoveu importantes avanços no contexto do controle do tabaco ao longo dos anos, bem como protagonizou alguns retrocessos e indicou áreas nas quais a implementação da CQCT precisa ser reforçada. Figuram no rol dos avanços da região a queda na prevalência do tabagismo de 28% em 2000 para 16,3% em 2020 e o alcance da menor diferença na prevalência de tabagismo atual entre homens e mulheres adultos

(ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2022). No conjunto de retrocessos figuram a elevada interferência da indústria nas políticas de saúde pública, a dificuldade de implementação de medidas de aumento dos preços e impostos sobre os produtos de tabaco e a entrada de novos produtos no mercado da região, mencionando especialmente os Dispositivos Eletrônicos para Fumar (DEFs) e os Produtos de Tabaco Aquecido (HTPs) (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2022).

Logo que introduzida a temática do controle do tabaco ao sistema ONU, a agenda contou com o baixo engajamento dos países das Américas, tendo registrado a primeira reunião informativa promovida pela OMS, em 1999, a participação das delegações de apenas sete países – Brasil, Paraguai, Chile, Costa Rica, República Dominicana, México e Estados Unidos (MINUSSI, 2012).

Na medida em que países como Brasil e Uruguai passaram a participar ativamente da agenda global para o controle do tabaco, bem como a contribuir com o seu amadurecimento, os demais países da região ampliaram seu engajamento e comprometimento. Na América do Sul, este movimento deu origem a Comissão Intergovernamental para o Controle do Tabaco (CICT) dos países do MERCOSUL, órgão de assessoramento à implementação de medidas relacionadas à redução do consumo de produtos de tabaco entre as populações dos Estados-Parte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Somente com a criação da CICT, em 2003, o controle do tabaco passou a integrar as agendas dos ministros da Saúde dos países do MERCOSUL, durante a 15ª Reunião de Ministros da Saúde do bloco.

O tema evoluiu de tal modo que, durante a COP 3³, os Estados-Parte da CQCT aprovaram o status de observador para o MERCOSUL, garantindo ao bloco o poder de manifestação durante as Conferências das Partes da Convenção e demais atividades de seus órgãos subsidiários. A elaboração de políticas bem como a cooperação entre os Estados-Parte e Associados do MERCOSUL no contexto do controle do tabaco foi fortemente beneficiada pelo fato da maioria desses atores já ser signatária da CQCT da OMS. Dentre os desafios que foram otimizados com essa conjunção destacam-se o combate ao mercado ilegal, a política de aumento de preços e impostos e o controle de propaganda transfronteiriça (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A criação da CICT foi importante para permitir que mais atores técnicos da elaboração de políticas públicas de saúde do plano regional das Américas participem do planejamento de medidas prioritárias para a região e as apresente à esfera política e decisória local. Atualmente,

³ A COP 3 foi realizada entre os dias 17 e 22 de novembro de 2008, em Durban, África do Sul.

a CICT é peça chave da implementação da CQCT da OMS na Região das Américas e da promoção de maior cooperação internacional na América do Sul, sub-região fortemente impactada pela epidemia de tabagismo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Muitos avanços também foram conquistados com a ajuda de países não signatários da CQCT, bem como com relação ao Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco. A título de exemplo, podemos citar a Argentina, país não signatário da CQCT da OMS, que mantém constante cooperação intersetorial com os países signatários na América do Sul, destaque dado ao Brasil. No âmbito da CICT, a Argentina tem avançado na elaboração de um banco de imagens de produtos de tabaco que servirá para alimentar um *software* dotado de inteligência artificial com o objetivo de identificar e barrar a propagação desse tipo de conteúdo, levando em consideração que é vedada a publicidade, promoção e patrocínio de produtos de tabaco na internet (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). Atualmente, a América do Sul figura como a primeira sub-região da Região das Américas a garantir 100% dos ambientes livres de fumaça de tabaco e a registrar a diminuição da prevalência do tabagismo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2022). Segundo relatório publicado pela OPAS em 2022, esses dados acenam positivamente para a concretização da redução relativa de 30% na prevalência do tabagismo entre indivíduos com 15 anos de idade ou mais até 2025, conforme estabelecido pelo Plano de ação mundial da OMS para prevenção e controle de doenças não transmissíveis 2013–2020 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2022).

Dos apontamentos gerais do relatório da OPAS de 2022, 26 dos 35 países da região aplicam pelo menos uma das seis medidas de controle de tabaco recomendadas pela OMS. Segundo a OPAS, nove países ainda não adotaram nenhuma medida recomendada, dos quais destacam-se Cuba, República Dominicana, Haiti e Nicarágua (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2022). Essa disparidade no processo de implementação configura a heterogeneidade do processo de implementação da CQCT da OMS na região e indica o quanto a agenda ainda precisa avançar na região.

1.4 Trajetória da política nacional de controle do tabaco e a implementação da CQCT no Brasil

De um modo geral, muitas das iniciativas que levaram a CQCT da OMS a atingir melhores e gradativos resultados de redução de prevalência de fumantes (no plano global e regional) contaram com o comprometimento do Brasil, muitas vezes traduzido em esforços de

liderança. Vejamos como o controle do tabaco se consolidou enquanto prioridade em matéria de saúde pública e de política externa brasileira.

A década de 1960 foi marcada pela ocorrência das primeiras medidas legais de controle do tabaco no Brasil. Como resultados dos importantes levantamentos científicos realizados pela comunidade médica acerca da incidência de doenças relacionadas ao tabagismo surgiram os primeiros Projetos de Lei (PL) da Câmara dos Deputados, os quais tiveram como objetivo restringir as propagandas dos produtos de tabaco nos meios de comunicação e a inclusão de advertências sanitárias sobre os riscos à saúde. Esses projetos representam apenas o começo de uma batalha interna entre legisladores, comunidade científica e atores da indústria, uma vez que boa parte dos PLs foi arquivada e nenhum grande avanço no campo da saúde pública foi conquistado. À época o Brasil passou por um período de ditadura militar e a rejeição aos PLs indica a primazia dos setores econômicos na pauta do Congresso⁴, bem como a ausência de participação social no processo de construção das pautas do governo.

Ainda assim, é possível indicar que foi nesse período que a discussão sobre o controle do tabaco começou a ganhar forma. De 1960 a 1985, acadêmicos, cientistas, sociedades médicas, dentre outros atores sociais promoveram importantes debates acerca do tabagismo e dessa interação surgiu o Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil (GACT), também composto por representantes dos poderes legislativo e judiciário (PORTES, 2020).

Com o fim da ditadura militar, um novo cenário político se consolidou para o controle do tabaco: o da redemocratização. Segundo Portes (2020), a trajetória da política brasileira de controle do tabaco pode ser dividida em três períodos, onde cada um deles pode ser caracterizado por um marco delimitador: O período de estruturação inicial, que se deu entre 1986 e 1998, foi pautado pela consolidação do Plano Nacional de Controle do Fumo (PNCF). De 1999 a 2005, ocorreu o período de negociações da CQCT da OMS e, em seguida, de 2006 a 2016, o período de implementação da CQCT. Vejamos como a legislação de controle do tabaco evoluiu e, conseqüentemente, restringiu as ações da indústria no Brasil, levando em consideração a importante relação estabelecida entre os cenários nacional e internacional ao longo dessas três fases.

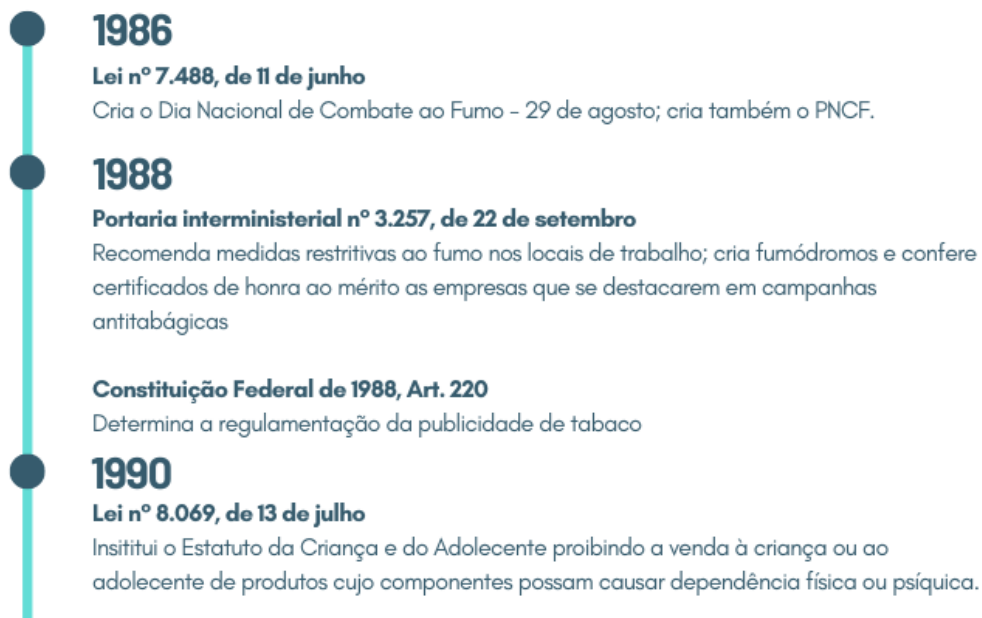
⁴ O Congresso Nacional não chegou a ter suas atividades paralisadas por completo no período da ditadura militar no Brasil. O poder legislativo continuou a funcionar, ainda que com suas capacidades bem reduzidas, e apesar de seus três fechamentos durante esse período.

1.4.1 Estruturação inicial (1985-1998)

A redemocratização do Brasil, iniciada no ano de 1985 com o arrefecimento do regime militar, marcou o retorno desses atores sociais pró-controle do tabaco ao cenário político e representou a ampliação de seu potencial de articulação. Logo, de 1985 a 2005, importantes avanços políticos foram conquistados, caracterizando assim o início da estruturação da política brasileira de controle do tabaco (1986-1998), sob a liderança do Instituto Nacional de Câncer (INCA).

A evolução da legislação deste período se encontra diretamente associada ao movimento anteriormente abordado sobre o período prévio à negociação do tratado da CQCT, o qual foi fortemente pautado pela ampliação de estudos científicos e pela necessidade de conscientização dos Estados sobre os malefícios do tabaco. Também esteve fortemente conectada ao movimento sanitário⁵, ocorrido na década de 1970, que ampliou os debates sobre direitos sociais e saúde (PORTES, 2020).

Figura 2 - Linha do tempo da legislação federal vigente sobre tabaco no Brasil (1986-1998) (continua)



⁵ O movimento sanitário, iniciado na década de 1970, foi pautado pelos esforços de grupos médicos e profissionais da saúde em torno da realização de mudanças do sistema de saúde, dentre elas a universalidade do direito à saúde. A proposta em questão foi positivada na Constituição Federal de 1988 através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).



Fonte: PORTES, 2020; INCA, 2022.

Destaque deve ser dado à promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF88), a qual contemplou em seu texto importantes medidas de controle do tabaco que, inclusive, embasaram medidas legislativas posteriores. Para Portes (2020), o papel do Estado Brasileiro em garantir o apoio à cessação do fumo passou a ser sustentado pelo próprio texto da CF88 e pela concepção de saúde apresentada:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, art. 196).

A CF88 também foi fundamental ao ampliar as bases universalistas que comporiam o SUS, a partir de 1990, no que diz respeito a medidas e ações de promoção, vigilância e educação em saúde, as quais envolvem necessariamente o controle do tabaco. Especial destaque deve ser dado, neste sentido, à atribuição de competência ao SUS para criar e conduzir comissões

intersetoriais e interministeriais nacionais, objetivando ampliar a articulação política e a qualidade dos programas de saúde.

Destacam-se a universalidade do acesso aos serviços da saúde, a intersetorialidade para a otimização do bem-estar do indivíduo e da coletividade e a adoção de mecanismos de proteção social pelo estado. Assim, foram criadas condições favoráveis para a formulação de uma política de Estado de controle do tabaco abrangente, articulada entre os três entes federativos” (PORTES, 2020, p. 67).

Na esteira da ampliação de competências do SUS, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) passou a coordenar as ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). A coordenação do INCA foi fundamental no processo de sensibilização da sociedade sobre a necessidade de fortalecer as medidas de controle do tabaco, bem como “na estruturação de uma rede envolvendo agências internacionais, órgãos governamentais e sociedade civil” (PORTES, 2020, p. 68). Ou seja, a maturação de um sistema nacional de saúde pública foi indispensável para a consolidação do PNCT que, por sua vez, constituiu fator fundamental para que o Brasil assumisse a posição de liderança durante as negociações da CQCT da OMS (SALDANHA, 2011).

De um modo geral, tanto a promulgação da CF88 quanto os avanços legislativos que a sucederam refletem uma espécie de demanda reprimida das comunidades científicas e dos setores sociais de fazer a agenda do controle do tabaco avançar no plano doméstico. Como consequência, esse esforço legislativo interno dotou o Brasil enquanto ator internacional de capacidades técnicas no tema para atuar no plano externo, conforme veremos ao longo da análise sobre o processo de negociação do texto da CQCT da OMS.

1.4.2 O Brasil negociador e a ratificação da CQCT (1999-2005)

O Brasil foi protagonista na construção da agenda global do controle do tabaco, figurando no plano internacional como uma das Partes mais engajadas e eficientes na implementação do tratado da CQCT da OMS. Reconhecido internacionalmente por sua liderança no controle do tabagismo, o Brasil coordenou o processo de elaboração da Convenção-Quadro da OMS durante os anos de 1999 e 2003 e esteve presente desde as primeiras reuniões da Assembleia Mundial da Saúde, protagonizando debates e acompanhando a evolução do tema (SOGOCIO, 2008).

Destaque deve ser dado ao papel dos servidores do INCA que, na medida em que o SUS se estabelecia como um guarda-chuva de sub órgãos e programas de saúde pública, passaram a se engajar cada vez mais na política nacional de controle do tabaco, atuando desde o campo da atenção básica à coordenação das políticas públicas (doméstica e externa). Enquanto nos outros países a força motriz das políticas nacionais de controle do tabaco vinha essencialmente da sociedade civil, no Brasil, era oriunda de lideranças políticas vinculadas à área da saúde e lideranças dentro do INCA, às quais as sociedades médicas e civis faziam coro (PORTES, 2020).

As reuniões preparatórias do já citado Grupo de Trabalho Aberto⁶ foram os primeiros espaços de destaque do Brasil enquanto ator de *expertise* no tema. O engajamento brasileiro nas primeiras reuniões do GTA foi essencial para fortalecer a imagem colaborativa do país com a agenda e, conseqüentemente, para que o Brasil fosse escolhido pela diretoria geral da OMS para presidir o órgão negociador do tratado, ainda que o Brasil não tivesse manifestado em qualquer momento o interesse em liderar as negociações da CQCT (SALDANHA, 2011). Segundo Saldanha (2011), a *expertise* do Brasil em contornar a interferência da indústria no plano doméstico foi fundamental para, no plano externo, caracterizar o Brasil como Estado competente para presidir o órgão negociador mediante a forte pressão dos atores da indústria contrários à implementação da CQCT.

Especificamente no caso da negociação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco, é imperioso assinalar que sobre a presidência também recairiam as fortes pressões representadas pelo lobby da indústria, assim como a necessidade de manter intensa interação com a sociedade civil. Os embaixadores Celso Amorim e Luiz Seixas Corrêa se tornaram fortes lideranças do processo não só por suas qualidades pessoais e habilidade diplomática, mas também porque contavam com a legitimidade suficiente para controlar o desenvolvimento dos trabalhos e influir nas negociações no sentido de que se chegasse a um resultado satisfatório (SALDANHA, 2011, p. 77).

Importante ressaltar que desde o começo das negociações pela elaboração do texto da CQCT da OMS a indústria foi tratada de modo diferenciado dos demais atores. E aqui cabe, mais uma vez, destacar o papel brasileiro. Enquanto presidente do órgão negociador foi fundamental o entendimento da delegação brasileira de que a indústria do tabaco representava uma ameaça para o sucesso da negociação, ou seja, para a consolidação da CQCT da OMS. Logo, o Brasil buscou intensificar o diálogo do órgão negociador com a sociedade civil e preterir as posições dos atores conectados à indústria do tabaco (SALDANHA, 2011).

⁶ Grupo criado pela resolução WHA52. 18.

Ainda assim, a participação do Brasil nas negociações foi marcada por uma dualidade: ao mesmo tempo em que o país ofertou ao processo grande *expertise* derivada do sucesso de suas políticas públicas de saúde, figurou como o maior exportador mundial de folhas de tabaco. Inicialmente esse cenário exigiu especial atenção dos membros da diretoria da OMS, mas não desclassificou o Brasil enquanto candidato a assumir a presidência do órgão negociador (SALDANHA, 2011). Logo o Embaixador Celso Amorim foi convidado a assumir tal posição, ainda que, a título de anedota, tenha reconhecido ser usuário de cachimbo, à época.

No dia 07 de agosto de 2000, a Secretaria de Estado do Brasil autorizou que o Embaixador Celso Amorim aceitasse o convite realizado pela Diretoria da OMS e, em 16 de outubro do mesmo ano, na ocorrência da primeira sessão do órgão negociador, foi consagrado por unanimidade para assumir o posto (SALDANHA, 2011).

A *expertise* do Brasil foi fundamental na resolução de impasses, na dissolução de desconfianças entre os negociadores e na inclusão de temas sensíveis à pauta da CQCT, das quais podemos citar as questões ambientais, tributárias e de direitos humanos. O consenso obtido entre os tomadores de decisão após diversos contenciosos ao longo das seis sessões do órgão negociador é fortemente atribuído à liderança brasileira que, como resultado, logrou-se a adoção do texto da CQCT. Conforme afirmou Seixas Corrêa, embaixador das Nações Unidas em Genebra, à Saldanha (2011), o Brasil ficaria eternamente vinculado à história da CQCT da OMS, “importante e inovadora iniciativa, que abre uma nova era no processo de cooperação internacional para a solução de problemas de saúde pública” (SALDANHA, 2011, p. 113).

É difícil especular acerca do que teria acontecido se representante de outro país tivesse sido escolhido para presidir o órgão negociador. Mas é certo que, a escolha do Brasil, na pessoa do Embaixador Celso Amorim, trouxe credibilidade ao processo, havendo se mostrado decididamente acertada e contribuindo sobremaneira para o avanço das negociações [...] (SALDANHA, 2011, p. 86).

Para além das figuras dos embaixadores Celso Amorim e Seixas Corrêa, deve-se destacar o importante papel da sanitarista Dra. Vera Luiza da Costa e Silva, a qual assistiu a implementação do controle do tabaco no Brasil, desde a evolução da agenda no plano doméstico até a consolidação do tema no plano internacional. Dra. Costa e Silva foi, por muitos anos, a grande mentora da PNCT e participou ativamente da delegação brasileira, assistindo aos trabalhos do Embaixador Celso Amorim enquanto presidente. Logo a Dr^a. Costa e Silva se tornaria vice-presidente do órgão negociador. Dr^a Vera também ocupou o cargo de chefe do secretariado da CQCT da OMS entre os anos de 2014 e 2020.

No plano doméstico, a implementação da CQCT ocorreu conforme estabelecido pela CF88. Primeiro, foi assinada pelo então Presidente Lula da Silva, em 16 de junho de 2003, tendo sido o Brasil o segundo país a fazê-lo. Além da manifestação do compromisso da presidência, a internalização do Tratado contou com outras etapas que, ao todo, levaram três anos para serem finalizadas, sendo uma delas, a ratificação no Congresso Nacional.

No dia 27 de agosto de 2003, o texto da CQCT da OMS passou a tramitar no Congresso Nacional e foi entregue à Câmara dos Deputados. A aprovação pelos deputados ocorreu em 13 de maio de 2004 e seguiu para a Comissão de Relações Exteriores e Defesa Nacional do Senado Federal no dia 25 do mesmo mês. Ao final de agosto de 2004 foi iniciada a fase de consulta pública na qual o texto da CQCT foi levado à debate. Foram seis audiências e diversos grupos de interesses da sociedade civil estiveram presentes, constando entre elas a ACT Promoção da Saúde, as Sociedades de Oncologia e Pneumologia (SOGOCIO, 2008; MINUSSI, 2012).

A indústria do tabaco não participou diretamente do processo, mas tanto a Associação de Fumicultores Brasileiros (AFUBRA) quanto as empresas do ramo do fumo como a Souza Cruz⁷, emitiram pareceres sobre o texto do tratado e expressaram sua posição contrária, bem como buscaram cooptar parlamentares e tomadores de decisão do plano doméstico. Conforme Jacques (2010), do lado da indústria, o principal argumento utilizado foi que o texto da CQCT não reconhecia o direito dos adultos de fumar e que deveria abrigar a questão do livre arbítrio enquanto direito fundamental do indivíduo em alguma seção do texto. Dos fumicultores, o discurso foi pautado pela importância econômica e social do cultivo do tabaco no Brasil (JACQUES, 2010).

Dado o impasse entre os atores pró e contra o tabaco no Brasil, o processo estagnou no Senado. Buscando a agilidade, o senador Tião Viana (PT-AC) solicitou urgência na tramitação devido à aproximação da data da COP1, ocorrida em Genebra, em janeiro de 2006. Ao todo, foram 26 meses de tramitação nas duas câmaras (SOGOCIO, 2008; MINUSSI, 2012), sendo 18 deles no senado.

A aprovação se deu no dia 27 de outubro de 2005 e foi publicada no Diário Oficial da União no dia seguinte. Ato contínuo, o depósito do instrumento ratificado foi realizado junto às Nações Unidas no dia 03 de novembro de 2005. Apesar de ter sido o segundo país a assinar o Tratado, foi o 100º a tê-lo ratificado (SOGOCIO, 2008).

⁷ A Souza Cruz é uma marca brasileira, atualmente subsidiária da British American Tobacco, uma das cinco maiores empresas do ramo do fumo do mundo.

Importantes avanços legislativos domésticos foram conquistados, para além da participação do Brasil no processo de negociação do tratado da CQCT e de sua adesão, conforme podemos observar na linha do tempo abaixo:

Figura 3 - Linha do tempo da legislação federal vigente sobre tabaco no Brasil (1999-2005)
(continua)



Resolução da Anvisa nº 15, de 17 de janeiro

Proíbe a venda de produtos de tabaco na Internet.

Resolução da Anvisa nº 199, de 24 de julho

Regulamenta a Lei nº 10.702, sobre as frases de advertências do Ministério da Saúde exibidas durante a transmissão no país de eventos esportivos e culturais internacionais.

Decreto - 01 de agosto

Cria a CONICQ.

Resolução da Anvisa nº 335, de 21 de novembro

Revoga as Resoluções da Anvisa nº 140 e 14 e altera a Resolução nº 46. Dispõe sobre a inserção de novas advertências com imagens nas embalagens e na propaganda de produtos fumígenos derivados do tabaco.

2004**Instrução Normativa da Secretaria da receita Federal nº 396, de 06 de fevereiro**

Aprova o Programa Gerador de Declaração especial de Informações Fiscais relativas à tributação dos cigarros.

2005**Lei nº 9.503, de 23 de setembro**

Institui o Código de Trânsito Brasileiro, proibindo dirigir sob a influência de qualquer substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, ou dirigir o veículo com apenas uma das mãos, exceto quando deva fazer sinais regulamentares de braço, mudar a marcha do veículo, ou acionar equipamentos e acessórios do veículo.

Portaria do Ministério da Saúde nº 2.084, de 26 de outubro

Estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

Portaria do Ministério da Saúde nº 2.439, de 08 de dezembro

Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica.

Portaria do Ministério da Saúde nº 2.608, de 28 de dezembro

Define recursos financeiros do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde para incentivar a estruturação de ações de vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis por parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das capitais.

Fonte: PORTES, 2020; INCA, 2022.

Em agosto de 2003, foi criada a Comissão Nacional para Implementação da CQCT da OMS, derivada da Comissão Nacional para subsidiar a participação brasileira nas negociações da Convenção-Quadro (CNCT), de 1999 (SOGOCIO, 2008). Diferente dessa Comissão precursora, a CONICQ possui caráter executivo e atende às demandas impostas pelo artigo 5.2 da CQCT. O órgão colegiado conta com a colaboração de 18 instituições governamentais: do Ministério da Saúde (subdivido em quatro diferentes instâncias – INCA; Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); Assessoria de Assuntos Internacionais e ANVISA); do Ministério das Relações Exteriores; Ministério da Fazenda; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Casa Civil; Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Ministério da Justiça; Ministério da Educação; Ministério do Trabalho e Emprego; Ministério do Desenvolvimento,

Indústria e Comércio Exterior; Ministério do Desenvolvimento Agrário; Ministério das Comunicações; Ministério do Meio Ambiente; Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação; da Secretaria de Políticas para as Mulheres; Secretaria de Políticas sobre Drogas; e da Advocacia Geral da União.

Cabe à CONICQ, através de sua Secretaria Executiva, articular e implementar uma agenda governamental intersetorial para o cumprimento das obrigações previstas no tratado. Mediante a adesão do Brasil à CQCT/OMS, em 27 de outubro de 2005, a implementação das medidas da CQCT/OMS passou a ser a Política Nacional de Controle do Tabaco, uma espécie de produto da implementação dessa agenda intergovernamental proposta pela CONICQ.

À Secretaria Executiva da CONICQ também compete o papel mais importante em matéria de política externa, conforme será analisado adiante: o de elaborar o documento norteador da delegação brasileira acerca das posições que devem servir de base para cada item de agenda previamente definido pelo Secretariado mediante a realização das COPs e MOPs. Ou seja, fica a cargo da Secretaria Executiva, a condução dos trabalhos que terão como objetivo formular as posições brasileiras.

Mais do que qualquer outro órgão de sua composição, mantém um importante vínculo com Organizações Não-Governamentais (ONGs) e com a sociedade civil organizada, fortemente compostas por médicos, epidemiologistas e profissionais da saúde que, de modo geral, produzem e compartilham dados científicos acerca dos malefícios do tabaco à saúde e da estratégia negacionista da indústria (ORESQUES, 2011). Esses dados têm papel fundamental na desmobilização de argumentos comumente utilizados por representantes da indústria do tabaco que contaminam o processo decisório, especialmente, no fortalecimento do artigo 5.3 da CQCT da OMS, conforme será abordado no capítulo dois.

1.4.3 Implementação no Brasil (2006-2016)

O período compreendido entre 2006 e 2016 foi marcado por um adensamento das iniciativas voltadas à implementação da CQCT da OMS no Brasil, conforme apontado por Portes (2020) e ilustrado pela linha do tempo abaixo. A CONICQ também se consolidou como um espaço de governança das responsabilidades do país com o tratado da CQCT. Das iniciativas que apontam para o aumento das ações voltadas à implementação e do compromisso das gestões do Ministério da Saúde com o controle do tabaco, podemos destacar: o aumento de medidas educativas e legislativas em diversos programas de saúde como o Pacto Pela Saúde e a Política Nacional de Promoção da saúde, ambas no ano de 2006 e o engajamento brasileiro na adoção

do referido Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco, em 2015 (PORTES, 2020).O período de implementação foi pautado por conflitos internos acerca da autonomia técnica e administrativa do INCA. Segundo Portes (2020), a capacidade de atuação do INCA na política brasileira de controle do tabaco variou ao longo dos anos por conta das oscilações derivadas do contexto político. Assim como o Ministério da Saúde, a instituição enfrenta a perda de seu quadro de funcionários a cada troca de governo, bem como sofre com a variação da sensibilidade dos indivíduos que compõem a direção geral. Ainda assim, existe certa autonomia que, alinhada com a proximidade da instituição de outros atores políticos como as ONGs e a sociedade civil – atores incluídos nos processos de formulação política com a redemocratização - afeta a dinâmica política do Ministério da Saúde.

Figura 4 - Linha do tempo da legislação federal vigente sobre tabaco no Brasil (2006-2016) (continua)



2008

Resolução RDC da Anvisa nº 54, de 06 de agosto

Altera a RDC nº 335, de 21 de novembro de 2003, que dispõe sobre as embalagens de produtos fumígenos derivados do tabaco.

2009

Decreto nº 6.809, de 30 de março

Altera a Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados, aprovada pelo Decreto nº 6.006, de 28 de dezembro de 2006;

Lei nº 12.024, de 27 de agosto

Altera o percentual e o coeficiente multiplicadores da base de cálculo da contribuição mensal devida pelos fabricantes de cigarros para o Programa de Integração Social (PIS) e para o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep).

Resolução RDC da Anvisa nº 46, de 28 de agosto

Proíbe a comercialização, a importação e a propaganda de quaisquer dispositivos eletrônicos para fumar, conhecidos como cigarro eletrônico.

2011

Decreto nº 7.555, de 19 de agosto

Regulamenta os arts. 14 a 20 da Medida Provisória nº 540, de 2 de agosto de 2011, que dispõem sobre a incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI, no mercado interno e na importação, relativo aos cigarros classificados no código 2402.20.00 da Tabela de Incidência do IPI, e dá outras providências;

Lei nº 12.546, de 14 de dezembro

Altera a Lei nº 9.294/1996 e proíbe o tabagismo em recintos coletivos de todo país, proíbe a propaganda dos produtos de tabaco nos locais de venda, altera o sistema de tributação do IPI sobre cigarros, institui política de preços mínimos para os cigarros e determina a inclusão de advertência sanitária em 30% da área frontal das embalagens a partir de 2016.

2012

Portaria do Ministério da Saúde nº 713, de 17 de abril

Toma pública a Resolução nº 1, de 15 de dezembro de 2011, que estabelece as Diretrizes Éticas aplicáveis aos membros da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos.

Resolução RDC da Anvisa nº 38, de 09 de julho

Dispõe sobre alteração do disque saúde e do logotipo nas imagens de advertência sanitária nas embalagens de produtos derivados de tabaco.

2013

Portaria do Ministério da Saúde nº 571, de 05 de abril

Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências;

Resolução RDC da ANVISA nº 30, de 23 de maio

Altera a Resolução RDC nº 335, de 21 de novembro de 2003, que dispõe sobre embalagens de produtos fumígenos derivados do tabaco;

Resolução RDC da Anvisa nº 43, de 03 de setembro

Altera a Resolução RDC nº 30, de 23 de maio de 2013, sobre prazos para adequação das imagens e advertências sanitárias nas embalagens dos produtos derivados do tabaco;

Lei nº 12.921, de 26 de dezembro

Proíbe a fabricação, a comercialização, a distribuição e a propaganda de produtos nacionais e importados, de qualquer natureza, bem como embalagens, destinados ao público infantojuvenil, reproduzindo a forma de cigarros

2014

Decreto nº 8.262, de 31 de maio

Regulamenta a proibição do tabagismo em recintos coletivos de todo país e a exposição de produto de tabaco nos pontos de venda. Altera o Decreto nº 2.018/1996, que regulamenta a Lei nº 9.294/1996;

Instrução Normativa RFB nº 1.516, de 27 de novembro

Altera a Instrução Normativa RFB nº 769, de 21 de agosto de 2007, que dispõe sobre a instalação de equipamentos contadores de produção nos estabelecimentos industriais fabricantes de cigarros de que tratam os arts. 27 a 30 da Lei nº 11.488, de 15 de junho de 2007, e dá outras providências;

Instrução Normativa RFB nº 1.519, de 28 de novembro

Altera a Instrução Normativa RFB nº 770, de 21 de agosto de 2007, que dispõe sobre o registro especial a que estão obrigados os fabricantes e importadores de cigarros, bem assim sobre o selo de controle a que estão sujeitos estes produtos, e dá outras providências;

Portaria Interministerial nº 2.647, de 04 de dezembro

Regulamenta as condições de isolamento, ventilação e exaustão ao ar e medidas de proteção ao trabalhador, em relação à exposição ao fumo nos ambientes estabelecidos no artigo 3º do Decreto nº 2.018/1996, alterado pelo Decreto nº 8.262/2014.

Fonte: PORTES, 2020; INCA, 2022.

Em suma, foi possível perceber como as ações domésticas e externas passaram a se complementar no período de implementação da CQCT no Brasil. Ou seja, o contexto internacional, agora marcado pela consolidação da CQCT, passou a fortalecer as ações internas de controle do tabaco. Ao mesmo tempo, as ações domésticas de controle do tabaco seguiram fortalecendo a implementação da CQCT em todo o mundo.

1.4.4 O papel influenciador da comunidade epistêmica antitabagista

As conferências Mundiais em Tabaco ou Saúde (CMTS) foram as reuniões catalisadoras dos profissionais que, hoje, compõem o que esta pesquisa entende como comunidade epistêmica para o controle do tabaco. De um modo geral, a CMTS é um fórum global no qual a comunidade epistêmica para o controle do tabaco determina as informações relevantes que devem ser compartilhadas com os tomadores de decisão do plano governamental; debate sobre as pautas prioritárias; e, principalmente, discute e formula políticas relacionadas ao controle do tabaco (MINUSSI, 2012). Desde 1962, ano de realização da primeira CMTS, a comunidade epistêmica do controle do tabaco do mundo tem sido movimentada através de sua realização. Mas o que é uma comunidade epistêmica e qual é exatamente o papel dela na mesa decisória no contexto do controle do tabaco?

As comunidades epistêmicas podem ser entendidas como grupos de especialistas e pesquisadores constantemente solicitados pelos tomadores de decisão e formuladores da política mediante questões técnicas e complexas (HAAS, 1992). Essas redes de especialistas

que se formam em torno de determinados temas e baseadas no conhecimento desempenham importante papel na articulação das relações de causa e efeito de problemas complexos, ajudando os estados a identificar seus interesses, enquadrando as questões para debate coletivo, propondo políticas específicas, e identificando pontos salientes para negociação. Suas análises demonstram que o controle sobre o conhecimento e a informação é uma importante dimensão do poder e que a difusão de novas ideias e dados pode levar a novos padrões de comportamento e revelar-se um importante determinante da coordenação de políticas internacionais.

No campo do controle do tabaco se formou uma importante comunidade epistêmica que auxilia na defesa do tratado da CQCT e, conseqüentemente, das políticas públicas de saúde voltadas para esse tema. A parceria que se consolidou entre a Secretaria Executiva da CONICQ, ONGs, Sociedades Científicas e Conselhos Profissionais caracteriza o vínculo de aconselhamento e troca de informações técnicas entre órgãos governamentais e científicos que define teoricamente uma comunidade epistêmica. Esse vínculo é fundamental para potencializar o alcance das ações informativas, das políticas públicas de saúde, e para que as ações da Secretaria Executiva da CONICQ recebam amparo técnico-científico frente às tentativas de interferência da indústria do tabaco.

Neste sentido, esta dissertação tende a corroborar com estudos anteriores no campo do controle do tabaco que entendem a rede de profissionais de diferentes setores, organizações e instituições de pesquisa, dotados de reconhecida especialização e autoridades no tema compõem uma comunidade epistêmica que, conforme veremos adiante, possui papel fundamental na luta contra a influência da indústria no processo decisório da PEB no contexto das COPs. Um desses estudos, conduzido por Minussi (2012), indica que a “comunidade epistêmica antitabagista” é sustentada pela existência dos seguintes fatores ao olharmos para os atores que decidem sobre o controle do tabaco no Brasil:

(1) um conjunto comum de crenças normativas e de princípios, o qual, por sua vez, prova uma base valorativa para sua ação política e social; (2) crenças causais; (3) noções de validação, isto é, critérios intersubjetivos para avaliar e validar o conhecimento no domínio de sua especialidade; e (4) um empreendimento político comum (MINUSSI, 2012).

Com base na constatação de Minussi (2012), o controle do tabaco no Brasil é apoiado em grande medida por uma comunidade epistêmica antitabagista, composta por atores que: compartilham a defesa da saúde como princípio; pautam sua ação política no princípio básico da saúde em detrimento da indústria do tabaco; são convictos da relação de causa e efeito entre tabagismo e doenças; utilizam métodos de validação científica do conhecimento produzido; e

adotam o controle do tabaco como projeto político comum (MINUSSI, 2012). Atualmente, as contribuições das comunidades epistêmicas antitabagistas extrapolam os limites das Conferências Mundiais em Tabaco ou Saúde.

Um exemplo de validação da comunidade epistêmica antitabagista no Brasil foi a inclusão do INCA, pioneiro nos assuntos relacionados ao controle do tabaco no Brasil - que, à época já sediava o Programa Nacional para o Controle do Tabaco - como membro da CONICQ e a vinculação da Secretaria Executiva da CONICQ ao Instituto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Enquanto instituição de ensino e pesquisa, o INCA ofertou à CONICQ profissionais altamente qualificados para promover o estabelecimento do que é a Secretaria Executiva do mecanismo brasileiro de coordenação da política de controle do tabaco. O estabelecimento do INCA enquanto sede da CONICQ foi um apontamento realizado pela comunidade epistêmica antitabagista da qual o próprio INCA, fazia parte. A decisão do Ministério da Saúde brasileiro, à época, conduzido pelo Ministro Humberto Costa, só confirmou a proximidade do governo brasileiro da comunidade epistêmica para o controle do tabaco.

O amadurecimento do tema no plano global e o consequente aprimoramento das estratégias da indústria exigem constante diversificação dos atores que compõem a comunidade epistêmica para o controle do tabaco. O grupo que nasceu exclusivamente entre profissionais da área da saúde, hoje conta com a colaboração não somente de médicos, epidemiologistas e químicos como também de diplomatas, advogados, economistas e cientistas políticos que buscam proteger a saúde pública dos interesses da indústria. A comunidade epistêmica antitabagista esteve presente e foi central em cada tentativa de interferência nas decisões brasileiras no contexto das Conferências das Partes da OMS, conforme veremos nos capítulos que seguem.

1.5 Considerações parciais

Até aqui foi realizado um breve histórico sobre as origens da CQCT da OMS e os importantes resultados alcançados em matéria de redução da prevalência do tabagismo no mundo. Também foi trabalhada a estrutura de funcionamento da CQCT, a dinâmica característica das COPs e MOPs, bem como referida a sistemática tentativa de interferência da indústria do tabaco nas delegações das Partes. O apanhado de informações sobre a CQCT da OMS é importante, pois nos ajuda a caracterizar uma arena de perene interesse da política externa brasileira. Logo, também foi feito um panorama sobre a evolução do controle do tabaco

na política brasileira, destacando o compromisso do país com a agenda e o suporte da comunidade epistêmica antitabagista.

Desde a assinatura e ratificação do tratado da CQCT, o Brasil é constantemente citado nos relatórios globais de implementação das COPs como exemplo de implementação das medidas de controle do tabaco (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021). Conforme será mostrado nesta pesquisa, o interesse perene do Brasil nas agendas da OMS é sustentado por um duplo movimento político no qual os estímulos recebidos através da interação brasileira com iniciativas de cooperação internacional em saúde produzem políticas públicas melhores e, de modo cíclico, políticas públicas bem implementadas fortalecem as credenciais do Brasil enquanto Estado de grande *expertise* e contribuição nas agendas da OMS. Essa via de mão dupla entre as políticas externa e doméstica é fundamental para fortalecer a noção de que, desde a década de 1990, o Brasil tem protagonizado iniciativas de cooperação em saúde através da política externa brasileira como forma de se projetar de modo mais proativo e atento à construção das agendas globais.

O controle do tabaco, neste contexto, é uma das diversas oportunidades de cooperação em saúde do Brasil. Todavia, existe uma dinâmica no plano doméstico brasileiro caracterizada pela disputa de interesses entre atores que, por um lado, buscam aprimorar as políticas de controle do tabaco (que resulta na ampliação das capacidades do Brasil no plano externo) e, por outro, buscam minar as políticas de controle do tabaco (que resulta na diminuição das capacidades do Brasil no plano externo). Veremos adiante os atores que compõem e advogam pela indústria do tabaco no Brasil.

2 *MODUS OPERANDI* DA INDÚSTRIA DO TABACO NO BRASIL

A dinâmica conflituosa com a indústria no plano doméstico não se iniciou exclusivamente após a implementação da CQCT. Conforme abordado anteriormente, diversos foram os setores políticos e sociais (financiados pela indústria) que se movimentaram para pressionar o governo brasileiro a primeiro, paralisar a legislação nacional de controle do tabaco e, conseqüentemente, a adesão ao tratado. Assume-se, portanto, que existe um especial interesse da indústria do tabaco de enfraquecer esse duplo movimento como forma de garantir a sua sobrevivência no mercado global, entendendo tanto as recomendações da CQCT da OMS quanto às políticas públicas domésticas brasileiras como fontes de restrição ao comércio de produtos de tabaco.

Neste sentido, este capítulo tem como objetivo abordar as principais estratégias utilizadas pela indústria do tabaco para tentar interferir no processo decisório da PEB. Se fará necessário, portanto, definir quem é a indústria do tabaco que antagoniza os processos políticos simultâneos e multiníveis nos quais o Brasil atua: externamente, no processo de construção do regime global de controle do tabaco e; no plano doméstico na consolidação/transformação das recomendações do tratado da CQCT da OMS em políticas públicas de saúde.

Em seguida, serão abordadas as principais estratégias das grandes corporações de tabaco para tentar disputar o processo decisório da PEB e quebrar com essa dinâmica que se desenrola tanto no plano externo quanto no doméstico brasileiro, entendendo o controle do tabaco como uma, dentre as diversas iniciativas da PEB que reforçam o comprometimento do país com a cooperação em saúde no plano global. Almeida *et al* (2018) aponta que a priorização da saúde na agenda da PEB foi respaldada por “estratégias, ações e posições defendidas pelo Brasil coerentes com a dinâmica nacional no setor e com o direito humano universal à saúde” (ALMEIDA et al, 2018). Além da agenda para o controle do tabaco, o Brasil atuou como liderança de articulação e mediação entre os países do Sul global frente às potências do Norte, formando coalizões em defesa do fortalecimento da cooperação em saúde (ALMEIDA et al, 2018). Destaque especial será dado a três dessas estratégias: criar, alimentar e instrumentalizar grupos de pressão que advogam em defesa da indústria do tabaco e reivindicam espaço; *lobby* político direto entre funcionários das empresas de tabaco e tomadores de decisão; financiamento político. Para tanto, foram definidos como objetivos específicos e auxiliares: 1) fornecer um panorama das condições econômicas, fiscais, populacionais, geopolíticas e de infraestrutura

que fazem do Brasil um país fundamental nos planos de expansão da indústria do tabaco; 2) expor brevemente as estratégias de interferência utilizadas pela indústria e; 3) detalhar as estratégias que incidem de modo direto no processo decisório da PEB, especialmente mediante a realização da Conferência das Partes da CQCT da OMS.

Apesar do reconhecimento de que a indústria do tabaco atua de modo simultâneo em diferentes níveis (sistêmico e doméstico), esta pesquisa se concentra em analisar a atuação da indústria do tabaco enquanto ator doméstico. A análise do nível doméstico será suficiente uma vez que esta pesquisa sustenta a hipótese de que existe, no contexto do processo decisório da PEB um arranjo que minimiza a interferência da indústria, reduzindo, por consequência, sua capacidade de comprometer a dinâmica de cooperação em saúde do Brasil (especialmente no contexto da CQCT da OMS).

2.1 A indústria

A indústria do tabaco é um conglomerado composto por grupos ou indivíduos que cultivam, fabricam, comercializam e/ou vendem produtos de tabaco, mas não somente. Manufaturas e empresas produtoras dos componentes do cigarro também se encontram diretamente associadas à concepção de indústria do tabaco adotada por esta pesquisa, conforme ilustrado na figura 5. Segundo Thomson e Wilson (2017), a maioria das pessoas envolvidas na grande indústria está concentrada nos trabalhos de cultivo e processamento de tabaco. Poucos são os indivíduos responsáveis pelas estratégias que são o objeto deste capítulo, estando estas pessoas concentradas nos escritórios das grandes empresas de manufatura e *marketing* que dominam a indústria do tabaco e coordenam sua atuação transnacional (THOMSON; WILSON, 2017).

Dos grupos que compõem a cadeia do tabaco, especial destaque deve ser dado às companhias transnacionais, responsáveis por definir e operacionalizar estratégias para garantir que seus produtos sejam comercializados livremente pelo mundo. Conforme descrito pelo próprio vice-presidente sênior da *Philip Morris International* (PMI) sobre o objetivo geral da indústria:

Nosso objetivo é ajudar a moldar ambientes regulatórios que permitam que nossos negócios atinjam seus objetivos em todos os locais onde fazemos negócios. Nossa abordagem geral para as questões é lutar agressivamente com todos os recursos disponíveis, contra qualquer tentativa, a qualquer momento,

para diminuir nossa capacidade de fabricar nossos produtos de maneira eficiente e comercializá-los com eficiência [...] Em suma, somos muito claros sobre nosso objetivo – uma defesa inflexível e agressiva de nossos direitos de fabricar e vender nossos produtos e os direitos de nossos consumidores de ter um mercado livre para que possam escolher e usar esses produtos (PHILIP MORRIS INTERNATIONAL, 1995; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

Figura 5 - Cadeia de suprimentos e vendas, aliados, terceiros e grupos de fachada.



Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2012

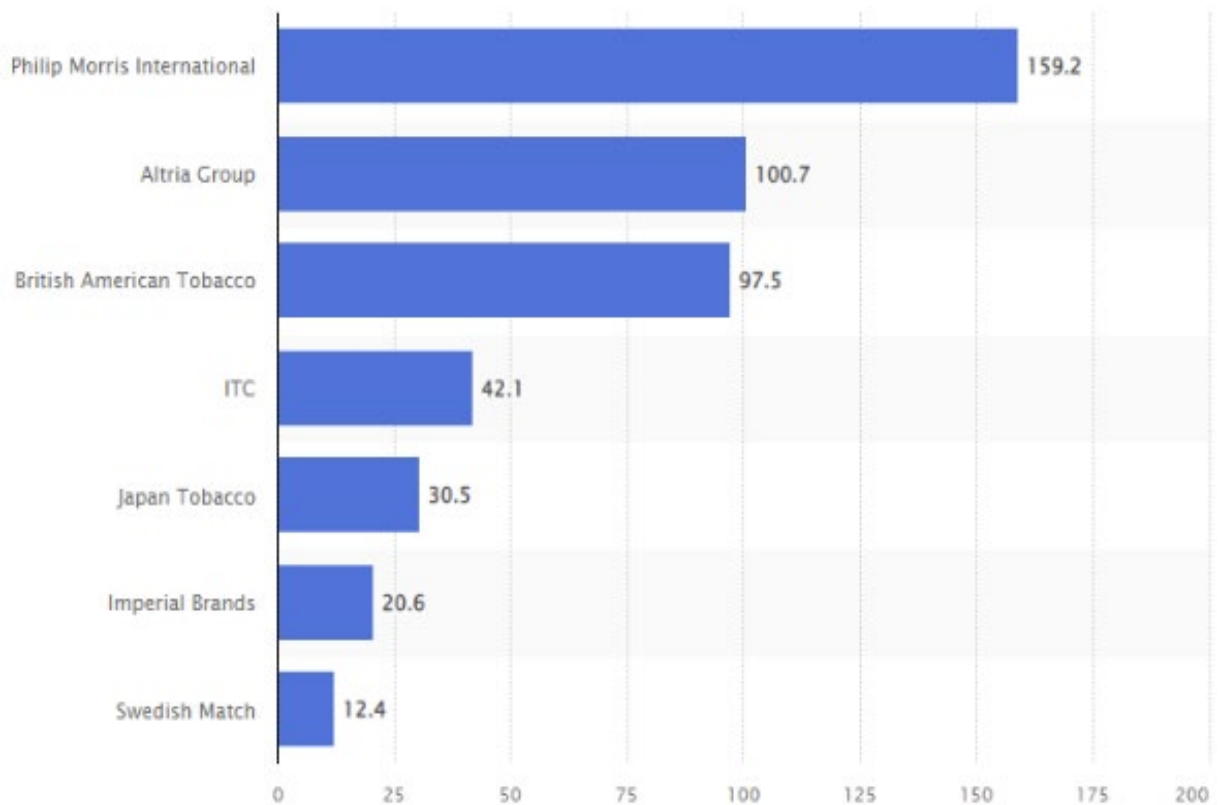
Quando olhamos para a história da indústria do tabaco, um dos principais fenômenos econômicos que se destaca é o de consolidação de quatro companhias transnacionais, dentre as centenas que existem, como as principais personagens – PMI; *British American Tobacco* (BAT); *Japan Tobacco International* (JIT); e *Imperial Brands*. As “*Big Tobacco*” ou “*Big Four*” – termos pelos quais se convencionou tratar tais empresas – junto de suas subsidiárias ou filiais, são as grandes responsáveis pela condução das estratégias de limitação dos avanços da CQCT da OMS, além de controlarem mais de 80% do mercado global de cigarros. O fortalecimento destas quatro empresas se deu em grande medida por conta do número de privatizações, aquisições e fusões entre as companhias do ramo ao longo dos anos. Atualmente, o fluxo da indústria pode ser caracterizado pelo fortalecimento e transferência do lucro da venda de produtos de tabaco em países mais pobres ou em desenvolvimento para os acionistas das matrizes estabelecidas nos países mais ricos (TOBACCO ATLAS, 2021).

Segundo levantamento da *Tobacco Atlas*, as empresas têm modernizado a produção para empregar cada vez menos trabalhadores e otimizar tanto a produção quanto o lucro (TOBACCO

ATLAS, 2021). Esta evidência ajuda a desmobilizar um dos discursos mais utilizados pela indústria para sustentar a produção e o comércio de tabaco no mundo, ou seja, de que as políticas de controle do tabaco ameaçam os empregos e, conseqüentemente, a economia. O efeito geral da diversificação da fumicultura e das manufaturas sobre o emprego na economia é geralmente positivo, pois os lucros referentes à produção não se dissipam, mas sim migram para outros setores onde a empregabilidade tende a aumentar. Esse efeito positivo pode ser ainda maior quando o governo escolhe fazer parte do processo de ajuste econômico e fiscal para viabilizar a transferência desses empregos entre setores (TOBACCO ATLAS, 2022).

A China é o país que abriga o maior mercado consumidor do mundo, além de liderar o *ranking* de maior produtor mundial de cigarros. Apesar disso, a *China National Tobacco Company* (CNTC), empresa estatal de produção de cigarros, não figura entre as *Big Tobacco*. Isso porque sua produção atende majoritariamente o mercado doméstico chinês (TOBACCO ATLAS, 2021).

Gráfico 1 - Principais companhias de tabaco do mundo em 2021, com base no valor de mercado.



Fonte: Statista, 2022.

Ainda assim, o monopólio da CNTC bem como seu volume de produção é tema de constantes discussões no âmbito da CQCT da OMS pelo fato da companhia ser uma empresa

estatal. Isso implica dizer que o mesmo Estado chinês que detém a maior produtora de cigarros do mundo também é responsável pelo órgão regulador de tabaco da China (THOMSON; WILSON, 2017).

Os critérios utilizados para definir PMI, BAT, JIT e IB como as “*Big Tobacco*” não são bem claros na literatura analisada, mas é sabido que algumas outras companhias alternam constantemente nas primeiras posições do *ranking* de maiores empresas, dependendo do aspecto analisado. Quando buscamos os dados sobre valor de mercado, por exemplo, duas outras empresas se destacam: o Grupo Altria e a *Imperial Tobacco Company*, conforme indicado na imagem 5.

Em 2018, a participação de mercado combinada das seis principais marcas registrou um lucro de aproximadamente US\$ 55 bilhões, valor superior aos lucros combinados obtidos por empresas como *Coca-Cola*, *Pepsico*, *Nestlé*, *Mondelez*, *Fedex*, *General Mills*, *Starbucks*, *Heineken* e *Carlsberg* (US\$ 51 bilhões), empresas essas detentoras de marcas de grande valor de mercado (BRANSTON, 2021).

Em suma, as companhias de tabaco correspondem ao coração da indústria. Seus lucros – que superam o Produto Interno Bruto (PIB) de países como Marrocos e Equador – estão por trás das principais estratégias abordadas nesta pesquisa que dificultam os avanços do controle global do tabaco (LEE, 2020). Suas altas margens de lucro obtidas são possíveis de serem alcançadas porque os produtos que comercializam promovem alta dependência, possuem custo baixo de produção e podem ser vendidos a preços relativamente altos. O regime global de controle do tabaco desestimula a criação de novas empresas, o que ajuda a restringir a competitividade que naturalmente reduziria o valor dos produtos. Este arranjo também contribui para que as mesmas grandes companhias permaneçam operando e estabelecendo seus altos preços como forma de compensar os prejuízos impostos pelas medidas restritivas da CQCT da OMS (BRANSTON, 2021).

No Brasil, a Souza Cruz foi por muitos anos o grande nome de produção e venda de tabaco no Brasil, mas não foi a pioneira. Até porque o uso do tabaco no Brasil sequer foi iniciado através do fumo⁸ enrolado. Para além do cigarro enrolado produzido pela Souza Cruz, a indústria passou por quatro grandes eras e estaria, no momento de produção desta pesquisa evoluindo para a quinta, com o desenvolvimento da indústria da nicotina e dos Dispositivos

⁸ Por fumo se entende a folha do tabaco triturada, já processada.

Eletrônicos para Fumar (DEF) (HARRELL; MANTEY; CHEN; HELDER; BARRINGTON-TRIMIS, 2022).

A primeira delas foi a Era do Rapé, compreendida entre 1820-1850. Segundo levantamento realizado por Paulo Grigorovski, as primeiras fábricas pertencentes à indústria do fumo teriam se estabelecido em 1810, das quais se destacaram as produtoras de rapé Méuron & Cia e Fuão Castro (GRIGOROVSKI, 2004). A segunda foi a Era do Charuto, entre 1850 e 1890, a qual teve início quando o rapé ainda era um produto apreciado pelos consumidores. As primeiras fábricas surgiram nos anos de 1840 e cresceram até 1870, ano que marca a perda de força do consumo e mercado do charuto devido a entrada de um terceiro novo produto: o cigarro. A Era do Cigarro, compreendida entre 1890 e 2004, foi iniciada através do consumo do fumo enrolado em palha, que exigia o preparo pelo próprio consumidor. Com o tempo, o produto passou a ser produzido pelas companhias de tabaco, onde a palha foi substituída pela folha de papel (GRIGOROVSKI, 2004).

A Companhia de Cigarros Souza Cruz foi a primeira grande empresa de produção e venda de cigarros de papel do Brasil. Estabelecida no Rio de Janeiro no ano de 1903, a Souza Cruz ganhou mercado por ter compreendido o mecanismo de competição existente no ramo do tabaco no país, desenvolvendo estratégias defensivas e produtivas que impulsionaram seu processo de crescimento (GRIGOROVSKI, 2004).

O ingresso das multinacionais do tabaco no Brasil se iniciou uma década depois com a compra da Souza Cruz pela BAT, em 1914. Todavia, a entrada das demais empresas externas só ocorreu a partir de 1970, com a chegada da PMI (VIEGAS, 2018). Desde então, tanto as já citadas “*Big Four*” quanto o Grupo Altria e a *Imperial Brands* estabeleceram forte atuação no Brasil através da oferta de seus produtos acabados o que, por si só, já contribui para a epidemia de tabagismo no país e no mundo. Os produtos anteriormente citados não foram descontinuados, apenas incorporados ao gigantesco portfólio das grandes empresas.

Atualmente, as oportunidades da indústria do tabaco no Brasil vão muito além do mercado consumidor. As condições climáticas e de solo que fazem do Brasil um importante polo de cultivo da folha; o valor da mão-de-obra brasileira empregada na produção dos cigarros confere relação de maior custo-benefício; e a vulnerabilidade econômica e geopolítica ao comércio ilícito - são aproximadamente 16.885,7 km de fronteiras com outros países da América do Sul (FUNAG, 2015). Combinadas, tais condições permitem que as estratégias da indústria sejam muito mais abrangentes do que meramente estimular a população brasileira a consumir cigarro. Em linhas gerais, o tabaco é cultivado em aproximadamente 321 mil hectares

do território nacional, 9,1% da população brasileira acima dos 18 anos são fumantes, segundo dados do Vigitel (INCA, 2022; BAT, 2022).

2.2 Receita ou despesa?

A exportação de fumo em folha tem sua contribuição para o PIB brasileiro, especialmente quando considerado o perfil econômico agroexportador do país. Segundo dados divulgados pelo observatório da política nacional para o controle do tabaco do INCA, entre 1990 e 2009 (série histórica) a produção da folha do tabaco cresceu 94% e chegou a ocupar 454.521 mil hectares do território. A exportação da *commodity* cresceu proporcionalmente às áreas correspondentes ao cultivo entre os anos de 2000 e 2009, o que representou um crescimento de 49% em relação aos números dos anos anteriores. 2009 foi o último ano de crescimento da série histórica iniciada em 1990. Aqui vale mencionar que, por alguns anos as companhias de tabaco foram beneficiadas pelo Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura (PRONAF) e pelas linhas de crédito oferecidas pelo Banco Nacional de Desenvolvimento (BNDES). Durante a série histórica mencionada, o repasse do governo federal cresceu 93% e chegou a R\$ 116 milhões por ano (INCA, 2022).

A partir de 2010, a queda na exportação começou a ser observada (INCA, 2022). Entre os anos de 2013 e 2021, o declínio representou 35% do volume total de exportações de fumo em folhas e a tendência se manteve até o último ano do levantamento (2021), conforme indicado na tabela abaixo:

Tabela 1 - Evolução da exportação de fumo na balança comercial brasileira (USD 1.000)

Ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total de Exportações Brasil	242.178.649	225.100.885	191.134.325	185.235.401	284.126.862	239.263.993	225.383.482	209.180.244	280.814.579
Exportações de Fumo	3.272.138	2.501.868	2.186.217	2.123.366	2.092.161	1.988.094	2.073.187	1.638.179	1.464.176
% Exportações de Fumo	1,4%	1,1%	1,1%	1,1%	0,7%	0,8%	0,9%	0,8%	0,5%

Fonte: Elaborado pelo INCA com base nos dados do ComexStat -SECINT/ME, 2021.

A queda no volume das exportações registrada nos últimos 12 anos foi suficiente para que o Brasil passasse da segunda para a terceira posição no *ranking* dos maiores produtores de fumo em folha do mundo (INCA, 2022). De acordo com os dados extraídos e divulgados pela Secretaria Especial de Comércio Exterior e Assuntos Internacionais (SECINT) referentes ao ano de 2021, foram os principais parceiros do Brasil no comércio de tabaco: Bélgica (22%), Estados Unidos (10%), China (8%), Emirados Árabes Unidos (5%), Indonésia, Rússia e Paraguai (4% cada) e Turquia (3%).

Uma alternativa às extensas áreas ocupadas pela fumicultura no Brasil e no mundo é a diversificação do cultivo. Fortemente recomendada pela CQCT, a medida demorou a apresentar resultados. Somente a partir de 2013 foi possível identificar a queda do volume de exportações da folha do tabaco em comparação ao registrado em 2009, como resultado das tímidas políticas públicas voltadas para o estímulo da diversificação quando comparado ao registrado em 2009 (INCA, 2022). Isso porque a diversificação da produção em áreas de plantio de tabaco esbarra na resistência dos fumicultores, na interferência da indústria nos processos legislativos e no próprio tempo de retorno das políticas de incentivo à diversificação que conseguiram sair do papel. Anos (e até gerações) são necessários para que uma comunidade socioeconomicamente estruturada sobre o cultivo do tabaco seja reestruturada em torno de um novo tipo de cultura. Ainda assim, os sucessivos anos de redução da produção e exportação da folha do tabaco indicam resultado positivo nos esforços do Brasil em implementar as recomendações do tratado da CQCT da OMS.

Apesar da contribuição no PIB, ano após ano, o negócio em torno do tabaco se mostra cada vez mais lucrativo para a indústria e prejudicial aos cofres públicos, fazendo da política de preços e impostos um dos pontos mais problemáticos da implementação da CQCT no Brasil. Somados os custos de implementação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e dos tratamentos de doenças relacionadas ao tabagismo realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) chegaram a aproximadamente R\$ 338 milhões, no ano em que o Brasil assinou a CQCT (PINTO; UGÁ, 2010). Percebeu-se que a receita fiscal atribuída aos produtos de tabaco não é suficiente para cobrir os custos do SUS com tratamentos de doenças relacionadas ao tabagismo. A conta segue sem fechar, na medida em que o país fortalece o seu compromisso com as medidas previstas pela CQCT.

Segundo levantamento realizado pelo INCA, no ano de 2017, enquanto a Receita Federal arrecadou R\$ 13 bilhões em impostos sobre os produtos de tabaco, foram gastos aproximadamente R\$ 56 milhões com despesas médicas, que se somaram ao valor perdido em produtividade provocada pelo tabagismo, o que representou um prejuízo de 77%

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Em 2020, a carga econômica atribuída aos custos diretos - tratamento de doenças relacionadas ao tabagismo no SUS - e indiretos - a perda de produtividade - resultante da morte da população economicamente ativa em decorrência do tabagismo - foi de aproximadamente R\$ 93 bilhões. O valor total pode ser ainda maior se considerado o custo atribuído ao tempo que outros indivíduos economicamente ativos deixam de empregar em atividades econômicas para se dedicar ao cuidado de familiares tabagistas - aproximadamente R\$32 bilhões a mais. A arrecadação de impostos com a venda de cigarros, por outro lado, não passou de R\$12 bilhões no referido ano, o suficiente para cobrir apenas 10% dos custos econômicos totais do tabagismo, conforme indicado pelo Instituto de Efetividade Clínica e Sanitária (IECS, 2021).

2.3 Estratégias

Na tentativa de mascarar os prejuízos diretos e indiretos resultantes de sua atuação nos países, as companhias de tabaco põem em prática estratégias que enfraquecem a argumentação pró-controle do tabaco que é sustentada pelas ONGs, pela sociedade civil e, principalmente, pela CQCT da OMS. As estratégias que serão expostas, de algum modo, respondem de que modo a indústria alcança determinado grau de permeabilidade em um processo decisório do qual ela simplesmente não pode participar, conforme estabelecido pelo artigo 5.3 da CQCT.

Não foi do interesse desta pesquisa destrinchar todas as estratégias implementadas pela indústria do tabaco no mundo, mas sim expor seu variado leque de opções e mostrar que algumas delas se destacam ao serem mais largamente implementadas. Mais relevantes para esta pesquisa são as estratégias implementadas pela indústria no Brasil, facilitando que seus interesses sejam levados à mesa de decisão mediante a realização das COPs da OMS, conforme veremos adiante. Desse modo, serão expostas brevemente as estratégias gerais e, de modo mais detalhado, as três que incidem no processo decisório da PEB.

Com o objetivo de agregar e tornar público o máximo possível de informações contrárias à indústria, a OMS fez um levantamento acerca dos tipos estratégias gerais de interferência mobilizadas pelas companhias de tabaco. As medidas comuns incluem manobras para sequestrar os processos políticos e legislativos; reforçar o discurso de contribuição do tabaco para a economia global, manipular a opinião pública para ganhar a aparência de respeitabilidade; instrumentalizar de apoio através de grupos de pressão; desacreditar a ciência comprovada; e intimidar governos com litígio ou ameaça de litígio (ALEBSHEHY; CHAMBERLAIN; LAURENCE; VIOLINI, 2021).

Quadro 2 - Levantamento das principais estratégias mobilizadas pela indústria do tabaco

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS DA INDÚSTRIA	
Tática	Objetivo
Coleta de informações	Monitorar oponentes e tendências sociais para antecipar desafios futuros;
Relações Públicas	Moldar a opinião pública, usando a mídia para promover posições favoráveis à indústria;
Financiamento político	Usar contribuições de campanha para ganhar votos e favores legislativos de políticos;
Lobby	Fazer acordos e influenciar processos políticos
Consultoria	Recrutar especialistas supostamente independentes que criticam as medidas de controle do tabaco;
Financiamento de pesquisas	Criar dúvidas sobre a evidência dos efeitos do uso do tabaco na saúde;
Grupos de direito dos fumantes	Criar uma impressão de apoio público espontâneo e popular;
Criação de alianças e grupos de pressão	Mobilizar agricultores, varejistas, agências de publicidade, indústria hoteleira, grupos de base e anti-fiscais para influenciar a legislação;
Intimidação	Usar o poder legal e econômico como meio de assediar e assustar os opositores que apoiam o controle do tabaco;
Filantropia	Para comprar amigos e respeitabilidade social de grupos artísticos, esportivos, humanitários e culturais;
Responsabilidade Social Corporativa	Promover medidas voluntárias como forma eficaz de abordar o controle do tabaco e criar a ilusão de ser uma empresa ‘mudada’ e estabelecer parcerias com interesses de saúde;
Programas de prevenção ao tabagismo para jovens e educação para varejistas	Parecer estar do lado dos esforços para evitar que as crianças fumem e retratar o tabagismo como uma escolha adulta;
Litígio	Para desafiar as leis e intimidar os opositores da indústria do tabaco;
Contrabando	Para minar as políticas de impostos sobre o consumo de tabaco e restrições de marketing e comércio e, assim, aumentar os lucros;
Tratados internacionais e outros instrumentos internacionais	Usar acordos comerciais para forçar a entrada em mercados fechados e contestar a legalidade da legislação de controle do tabaco proposta;
Acordos conjuntos de fabricação e licenciamento e acordos de política voluntária com governos	Formar <i>joint ventures</i> com monopólios estatais e, posteriormente, pressionar os governos a privatizar os monopólios;
Preempção	Para anular o governo local ou estadual, removendo seu poder de agir.

Fonte: A autora, a partir de informações disponibilizadas pela OMS, 2022.

As estratégias listadas acima recebem contornos diferenciados em cada um dos países nos quais a indústria atua, variando de acordo com as legislações locais, com o objetivo que a indústria deseja alcançar e com a força dos setores políticos e econômicos envolvidos pelo tabaco. Financiar o comércio ilícito, por exemplo, funciona em regiões produtoras de países

fronteiriços e em desenvolvimento, como é o caso de Brasil, Paraguai e Colômbia na Região das Américas (RONDEROS, 2001). A mesma estratégia não atende a indústria quando estimulada em países desenvolvidos ou onde as políticas de aumento de preços e impostos foram bem estabelecidas.

Não é do domínio público a utilização do comércio ilegal como estratégia de ampliação de lucro por parte da indústria, mas registros de transações comerciais das grandes companhias apontam para a contribuição substancial desta estratégia para seus ganhos com exportações. No caso da BAT, o contrabando no continente asiático foi fundamental para a tomada da dianteira do mercado global pela companhia, em substituição a PMI. É com base nos retornos financeiros do contrabando que as grandes empresas de tabaco definem suas estratégias operacionais de investimento em alguns países. As operações de contrabando permitiram a BAT não só a entrada no mercado chinês sem que precisasse recorrer ao já mencionado modelo de *joint venture* como também no Laos e no Camboja (COLLIN; LEGRESLEY; MACKENZIE; LAWRENCE; LEE, 2004).

O comércio ilegal também é estratégia fundamental na tentativa de deslegitimar o discurso em defesa do aumento de preços e impostos pela proteção das políticas públicas de saúde. Argumentam os lobistas das companhias que o aumento da taxaço e do preço mínimo dos produtos de tabaco, além de ser ineficaz na redução da prevalência do tabagismo, gera a ampliação do mercado ilegal, o que já se comprovou ser uma falácia. Segundo o INCA, a alteração da política nacional de preços e impostos implementada através da lei 12.546, de dezembro de 2011, teve impacto positivo direto na queda da prevalência ao estabelecer preços mínimos para os maços de cigarros (INCA, 2022).

Todas essas estratégias se conectam e se complementam de algum modo. A deslegitimação da ciência, por exemplo, está pautada na produção de dados distorcidos e falsos que, por sua vez, são utilizados por lobistas e grupos de pressão para sustentar argumentações favoráveis ao tabagismo. Operam como grandes mercadores da dúvida dezenas de núcleos de pesquisa, *think tanks* e veículos de comunicação, muitas vezes de renome, que recebem financiamento da indústria para fornecer subsídios contra as pesquisas realizadas pelas comunidades científicas que sustentam a comunidade epistêmica antitabagista. É essa dúvida que disseminam possui grave efeito sobre o público geral, dificultando a implementação de políticas públicas de saúde e a redução da prevalência de tabagismo no mundo (ORESQUES; CONWAY, 2010).

2.3.1 Inserção no processo decisório da PEB

O fato de o Brasil ser atrativo em tantas etapas da produção e comercialização do tabaco – quase que de ponta a ponta da cadeia produtiva e distributiva – demanda ativa presença da indústria nos espaços decisórios da política (doméstica e externa) brasileira como forma de garantir que seus interesses sejam negociados no maior número de espaços de decisão política possível. Todavia, conforme abordado no capítulo 1, o texto da CQCT da OMS é claro ao proibir no art. 5.3 que a indústria do tabaco seja considerada um ator como qualquer outro e que tenha seus interesses contemplados em detrimento das políticas públicas de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022).

Evidências reunidas pelo INCA entre 2008 e 2011 mostram que apesar dos avanços conquistados pela CQCT, as empresas de tabaco seguem frequentando os espaços decisórios da política. Segundo o Relatório de Informações Sobre Estratégias da Indústria do Tabaco no Brasil, foram articuladas pela indústria políticas de isenção fiscal, ações judiciais contra o governo, eventos, financiamento de comunidades científicas e campanhas eleitorais, dentre diversas outras atividades confrontantes ao compromisso brasileiro com o tratado da CQCT (INCA, 2011).

Esta pesquisa se encarregou de detalhar apenas as três estratégias que, de modo direto, são utilizadas pela indústria do tabaco no Brasil para tentar garantir que seus interesses sejam contemplados nas decisões da política externa no âmbito da OMS. Merecem especial atenção no contexto da tomada de decisão sobre as posições brasileiras levadas à Conferência das Partes as estratégias de financiamento político, *lobby* e instrumentalização de grupos de pressão, as quais serão analisadas adiante.

Tanto os levantamentos realizados pelo INCA quanto as atas das reuniões ordinárias da CONICQ indicam que, de algum modo, a indústria do tabaco ainda é constantemente incluída nos processos decisórios, apesar de toda pressão contrária exercida pela própria CONICQ e pela sociedade civil. Mas que discurso pode ser mais poderoso ou mobilizador do que os comprovados estudos científicos sobre os efeitos do tabagismo que pavimentaram as discussões que resultaram na CQCT da OMS? Como fazem as empresas de tabaco para se posicionar nos espaços decisórios da política no Brasil, especialmente no campo da política externa para o controle do tabaco?

Esta pesquisa entende que, no Brasil, a indústria aposta fortemente no *lobby*, na instrumentalização de grupos de pressão e no financiamento político como forma de criar a sua representação e de contrabalançar as articulações da sociedade civil e da comunidade

epistêmica antitabagista em diversas instâncias na tentativa de arrefecer o comprometimento do governo brasileiro na esfera internacional (VIEGAS, 2018). Os grupos de pressão são importantes para a indústria do tabaco porque a presença de seus representantes diretos tem se tornado cada vez mais intolerável do ponto de vista legal e do estreitamento do entendimento sobre as políticas econômicas que confrontam as políticas públicas de saúde.

Sendo a cadeia de produção e consumo tão ampla no Brasil, a indústria consegue mobilizar diversos setores em seu benefício, do cultivo da folha ao cigarro enrolado. E neste processo, cada uma das empresas que dominam a produção e mercado brasileiros contribui de alguma forma através de ações que, analisadas de modo independente podem parecer ações isoladas, mas que compõem a grande estratégia discursiva da indústria.

Os grupos que exercem pressão no governo são compostos por fumicultores, sindicatos, pequenos empresários, dentre outras representações ligadas à indústria que tem como objetivo advogar em defesa da indústria. Esses grupos são criados e fortalecidos pelas companhias de tabaco que, juntas, formam uma rede estratégica capaz de criar narrativas e alimentar discursivamente esses atores sociais – que trabalham nela ou que recebem algum tipo de benefício direto, como é o caso dos parlamentares (PERES; NETO, 2018).

Segundo Viegas (2018), o grupo dos fumicultores é um dos mais eficazes em abrir espaço de fala nas mesas de decisão, uma vez que se encontra no lugar mais vulnerável da cadeia produtiva. Organizados em sindicatos ou não, possuem influência política e apelo social para posicionar a indústria em confortável posição de negociação. A fumicultura é um negócio que envolve diversas comunidades, de diversos tamanhos, de onde milhares de trabalhadores rurais extraem o seu sustento. Através da instrumentalização do discurso supervalorizado sobre a importância da fumicultura para economias locais, a indústria insere seus argumentos nos processos decisórios pela manutenção dos milhares de quilômetros de plantações de tabaco pelo mundo, especialmente concentrada em países em desenvolvimento.

A diversificação da cultura é fortemente defendida pela CQCT da OMS, uma vez que o negócio do tabaco envolve a exploração de comunidades inteiras e o comprometimento da longevidade de seus trabalhadores devido a constante exposição à nicotina (VIEGAS, 2018; CASTRO; MONTEIRO, 2015). Neste sentido, qualquer política que defenda a diversificação de áreas atualmente ocupadas com o cultivo da folha de tabaco põe em confrontação o Brasil como líder global para o controle do tabaco (plano externo) e o Brasil que, no plano interno, deve ouvir e atender as demandas do agronegócio. Este é apenas um exemplo da dinâmica de manipulação sobre os grupos de pressão. Muitos outros grupos são instrumentalizados, e cada

um com um discurso adaptado em defesa da indústria, podendo citar como exemplo o grupo de defesa do direito dos fumantes.

Uma das estratégias que caracterizou a atuação da indústria por muito tempo foi o uso massivo de um *lobby* fortemente pautado na contestação dos apontamentos científicos que expõem os malefícios do tabaco. O *lobby* em torno da negação foi a saída encontrada pelas empresas para ludibriar tomadores de decisão e o próprio público geral enquanto as pesquisas sobre a associação entre tabagismo e diversos tipos de doenças se multiplicavam ao longo da década de 1970. Por décadas, a cultura da negação dos efeitos do tabagismo foi fortemente impulsionada por profissionais da indústria, resultado de um rápido entendimento sobre os impactos das revelações científicas no ramo do tabaco que resultaram na ampliação da rede de comunicação e tecnologia da indústria. Como definiram Peres e Moriti Neto (2018), “desde muito cedo essas empresas aprenderam que, na dúvida, as pessoas se apegam àquilo que lhes parece mais fácil ou que guarde maior sintonia com suas ideias”, o que explica a permeabilidade da estratégia lobista de negação por tantas décadas.

Com o tempo e, na medida em que a ciência consolidou o entendimento acerca do tabagismo enquanto problema de saúde pública, o *lobby* da indústria precisou mudar de roupagem. A transição da era industrial para a era da informação comprometeria o futuro da indústria se continuasse a apostar na negação. Neste sentido, quando a CQCT da OMS entrou em vigor, a indústria passou a silenciar mais do que alimentar a dúvida sobre os efeitos do tabaco, enquanto mobilizava recursos maiores em relações públicas (PERES; MORITI NETO, 2018). Em suma, o setor do tabaco fez o diagnóstico correto acerca da transição de eras como forma de sobreviver no mercado.

No Brasil, o *lobby* da indústria possui contornos diferenciados e está majoritariamente pautado no discurso acerca dos benefícios do tabaco para a economia brasileira. É predominantemente a partir da justificativa econômica que os lobistas arrebatam grupos de pressão provenientes do setor agrícola e a classe política que depende deste eleitorado para se eleger. Não à toa, os esforços da indústria estão concentrados no sul do Brasil, região que abriga a maior extensão de fumicultura do país (INCA, 2022).

Junto do *lobby*, as companhias de tabaco também utilizam a estratégia de financiamento político para cooptar os principais formuladores e executores da legislação brasileira, ou seja, deputados estaduais, federais, senadores e governadores da república. Em 2014, o Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde (CETAB) da FIOCRUZ divulgou um levantamento realizado acerca do financiamento direto de campanhas eleitorais nas eleições gerais do mesmo ano por parte da Philip Morris Brasil. Na lista de beneficiados apareceram 45 políticos, sendo a maior

parte deles da região sul (CETAB, 2014). Os dados são públicos e foram consultados através do Sistema de Prestação e Contas Eleitorais da Justiça Eleitoral (SPCE). Com a proibição do financiamento de campanhas eleitorais através do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), estabelecida pelo Tribunal Superior Eleitoral e ratificada pela Reforma Eleitoral⁹, ficou mais difícil realizar o rastreamento dos parlamentares ligados à indústria do tabaco uma vez que, desde as eleições de 2016, apenas pessoas físicas podem realizar doações às campanhas eleitorais (TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL, 2016).

2.4 Considerações parciais

A título de conclusão desta seção, foram expostas diversas estratégias instrumentalizadas pela indústria como forma de posicionar seus interesses nos processos decisórios da política brasileira. Especial destaque ao potencial de três estratégias específicas – grupos de pressão, *lobby* e financiamento político – de colocar em risco as decisões do Brasil frente às agendas das Conferências das Partes da OMS.

Mesmo com todas as restrições impostas pela OMS sobre a expressa proibição da participação da indústria nesses espaços, nada impede que a indústria participe ativamente através de outros atores ou que o Brasil opte por simplesmente ignorar o art. 5.3 da CQCT. O estímulo aos grupos de pressão, em especial, é uma estratégia que permite à indústria continuar interferindo na política brasileira sem causar imbrólios diretos com tomadores de decisão antitabagistas. Isso porque o vínculo desses outros atores se torna muito mais difuso e difícil de comprovar, diferente de ter executivos da PMI ou da BAT presentes nas negociações.

Essas três estratégias combinadas permitiram à indústria forjar novos atores para advogar em sua defesa. Mas será que tais estratégias foram suficientes para alcançar resultados concretos? Levando em consideração o interesse da indústria em limitar a atuação do Brasil enquanto ator de grande *expertise* no controle do tabaco no plano externo, entende-se por resultado prático participações mais retraídas e posicionamentos mais reativos do que cooperativos da parte brasileira sobre os temas tratados pelas agendas das COPs.

Tomando como produto desta interação pela definição do posicionamento do Brasil no contexto das COPs os instrutivos da delegação brasileira para cada uma das Conferências, será analisado a seguir o conteúdo desses documentos, desde a realização da primeira COP, para investigar se a indústria tem sido contemplada no contexto da PEB e o que explica a sua ocorrência ou não.

⁹ A Lei nº 13.165 de 29 de setembro de 2015 estabeleceu a Reforma Eleitoral.

Ao longo da análise acerca da construção da posição brasileira para as COPs e MOPs, será possível identificar na unidade governamental que decide sobre a política externa para o controle do tabaco - a CONICQ - e no modo como essa unidade opera - a chave para a diluição dos interesses da indústria. Sugestivamente, o diagnóstico que será realizado no contexto brasileiro pode indicar que unidades de decisão diferentes da CONICQ, podem estar operando de modo insuficiente para barrar as tentativas de interferência da indústria de seus processos decisórios. Ou quem sabe, podem indicar a existência de processos decisórios ainda mais eficientes do que o brasileiro.

3 O LUGAR DO CONTROLE DO TABACO NA POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA

De um modo geral, as grandes companhias do tabaco operam no plano doméstico dos Estados para minar as políticas públicas de saúde que reduzem sua margem de lucro e reforcem o regime global de controle do tabaco. A indústria no Brasil se movimenta como em qualquer outro país do mundo, visando maximizar seus ganhos, o que implica necessariamente na contenção dos avanços da CQCT. Em grande medida, essa dinâmica conflituosa se dá por conta do lugar que a saúde ocupa na política externa dos Estados. Conforme será mostrado neste capítulo, quanto maior o lugar da saúde na política externa brasileira, menor é o lugar da indústria na mesa de decisão e menos eficientes são os argumentos utilizados para desacelerar a implementação da CQCT da OMS no país. Passados 16 anos desde a consolidação do controle do tabaco no plano global, o Brasil segue em posição de destaque, participando ativamente de todas as COPs e contribuindo fortemente com suas decisões, bem como resguardando suas posições da interferência da indústria.

Conforme exposto no capítulo primeiro, o Brasil assumiu importante papel negociador no contexto da implementação da CQCT e, desde então, tem buscado contribuir com o desenvolvimento da agenda e no cumprimento das metas estabelecidas pelas Conferências das Partes. Ao tornar o país um reconhecido protagonista no tema, é possível afirmar que a interferência da indústria no Brasil assume contornos que vão além da maximização de lucros, mas também busca minar a capacidade de cooperação do país e de ofertar referenciais de políticas públicas de saúde ao mundo. Em outras palavras, a indústria busca interferir no processo decisório, impondo suas preferências na política externa brasileira, especialmente no âmbito das Conferências das Partes, centrais para a avaliação global da implementação do controle do tabaco.

Esta pesquisa reúne evidências de que apesar de todo esforço da indústria para inviabilizar as políticas públicas de controle do tabaco, o tema segue presente na agenda da política externa. Igualmente, as posições brasileiras levadas às COPs e MOPs da OMS têm sido elaboradas através de um processo decisório que obtém sucesso no afastamento da interferência da indústria. O argumento central é que as decisões sobre esta agenda específica são tomadas por um grupo de atores, fortemente influenciado por uma comunidade epistêmica antitabagista, embasado na perspectiva de saúde como política externa presente em Fidler (2005), ou seja, na ideia de que as ações da política externa brasileira trabalham pelos temas de saúde. Isso ocorre

porque entre os tomadores de decisão e os influenciadores da comunidade epistêmica compartilham-se princípios científicos que tornam a defesa da saúde através do controle do tabaco o único caminho possível das ações de política externa. Para além de correr no campo da justiça social e da baixa política (*low politics*), o controle do tabaco tem sido cada vez mais vinculado aos grandes temas da alta política (*high politics*), como economia e segurança, o que também explica sua sustentação no plano da política externa. A natureza da unidade de decisão para os temas relacionados ao controle do tabaco e o modo como opera reforçam sua proteção da interferência da indústria.

Neste sentido, será elaborado neste capítulo um debate teórico-conceitual sobre o lugar da saúde na política externa, especialmente no Brasil, utilizando como base importantes trabalhos científicos do campo da Saúde Global e da própria Política Externa Brasileira como Fidler (2005; 2011), Kickbusch (2011) e Alcázar (2005). Em um segundo momento, será analisada a unidade decisória para o controle do tabaco.

3.1 Saúde na política externa

A emergência do controle do tabaco na agenda global é sintomática do que a literatura sobre saúde global considera como revolução da área (Fidler, 2005; Kickbusch, 2011). E, para entender tal revolução, é necessário olhar para o lugar que a saúde tradicionalmente ocupou por décadas na política externa, até esse lugar ser reinventado.

Apesar de a saúde ser tratada como questão de política externa desde o século IX, sua importância sempre foi negligenciada ou atrelada a outras agendas globais, como segurança, economia e justiça social. Inicialmente, a saúde se tornava objeto de discussão entre os tomadores de decisão para fins de política externa quando o desafio envolvia o surgimento de doenças e epidemias que eventualmente poderiam se tornar ameaças materiais globais, com capacidade de afetar o comércio internacional, as reservas financeiras dos países e até mesmo as estratégias de manutenção de poder e status das elites e potências hegemônicas (ALMEIDA, 2017).

Por muitas décadas os temas de saúde apareceram nas agendas de política externa de modo secundário, por vezes, imbricados em conflituosos quadros de polarização política e ideológica. No campo das organizações setoriais do Sistema ONU, as políticas de saúde eram instrumentalizadas para consolidar os interesses nacionais dos Estados, dentro de dinâmicas de disputa de poder bem específicas, como durante a Guerra Fria (ALMEIDA, 2017).

Para Fidler (2005), mesmo já figurando no rol das *low politics*, a saúde se mantém como um tema relegado dentre os demais, ou reside em um espaço que o autor caracterizou como “*really low politics*”. Uma das principais justificativas para a saúde ter esse status e transitar nesse espaço negligenciado é o fato de que suas atividades são constantemente consideradas “esforços técnicos, humanitários e não políticos” (FIDLER, 2005, p. 180).

Enquanto parte integral da agenda global, a saúde sempre esteve no radar da política externa, especialmente quando conectada às já citadas agendas de segurança, economia e justiça social. Essa conexão foi sintomática de dois padrões em política externa já (brevemente) citados aqui, ou seja, de que para ser objeto de política externa: 1) um tema de saúde deveria exigir ações e respostas a eventuais ameaças, como ocorre quando deflagradas novas ou conhecidas doenças de grande potencial de contaminação; 2) poderia ser mobilizado como uma iniciativa de cooperação, mas com um objetivo diferente e não relacionado à saúde. Como exemplo simultâneo desses dois padrões, podemos citar os esforços empreendidos pela Federação Russa na elaboração e distribuição do imunizante Sputnik V contra o vírus¹ causador da COVID-19, doença responsável por uma das maiores pandemias da história global. Ao elaborar a primeira vacina contra o vírus da COVID-19, a Rússia buscou, primordialmente, aumentar sua influência perante outros Estados e assegurar melhores relações, além de oferecer uma solução à pandemia global como (PONTES, 2021).

Essa configuração começou a assumir novos contornos na medida em que os próprios desafios externos mudavam de figura, passando a contemplar cada vez mais assuntos relacionados à saúde e a desenhar o que a literatura trata como revolução global do campo. Como consequência, a demanda sobre os formuladores de política externa com relação aos desafios da própria agenda global tornou-se cada vez maior. Fidler utilizou três indicadores para analisar o lugar da saúde na política externa: governança, financiamento e iniciativas gerais. No campo da governança, Fidler mostrou como os países passaram a se preocupar e a interagir mais pela construção de um regime global comprometido com as soluções para os problemas no campo da saúde, onde cita a própria adoção da CQCT como exemplo de concertação. No plano das finanças, afirma que o orçamento para projetos assistenciais foi quadruplicado, assim como as iniciativas voltadas para problemas globais aumentaram dramaticamente (FIDLER, 2005).

Destarte, a modificação dessa relação entre saúde e política externa fez surgir dois importantes questionamentos na literatura: seria essa ascensão da saúde um movimento contínuo ou intermitente? Para além, estaria a saúde servindo aos propósitos da política externa ou a política externa servindo aos propósitos da saúde?

Primeiro não se pode dizer que o movimento aqui abordado é contínuo ou perpétuo, mas o fato é que o lugar da saúde na política externa oscilou entre momentos de alto e baixo envolvimento (FIDLER, 2011). Ao olhar para o lugar ocupado pelos temas de saúde na política externa em diversos períodos da história é possível identificar a existência de uma relação elástica entre ascensão e queda, onde o compromisso com a saúde pública pode não ser exatamente uma prioridade. Nessa lógica, quanto mais adepto for um Estado da concepção de saúde enquanto objeto de política com um fim em si mesmo, maior é o lugar da saúde na política externa, para além de sua instrumentalização e mais próximo das ações de justiça social. Apesar de ser pautada pelo descrito movimento de ascensão e queda, é possível concordar que a saúde tem emergido desse espaço tão negligenciado ou “realmente baixo” da política. Segundo Fidler (2011, p. 181), alguns fatores contribuíram para que a saúde deixasse de “ser apenas uma atividade técnica, humanitária e apolítica” em escala global, constando entre eles: as ameaças de terrorismo com armas biológicas e de destruição em massa fizeram aumentar a preocupação dos Estados – especialmente as maiores potências globais – com a qualidade da saúde pública e dos sistemas de saúde enquanto questão de segurança nacional, gerando aumentos significativos no financiamento para projetos e atividades de biodefesa; a epidemia de HIV/AIDS no mundo em desenvolvimento passou a ser considerada pelo Conselho de Segurança das Nações Unidas (CSNU) como uma ameaça à paz e segurança internacionais (primeira vez enquanto tema de saúde global); o aumento dos episódios pandêmicos de doenças transmissíveis e não transmissíveis que afetam de modo sistêmico as perspectivas de desenvolvimento econômico dos países tem exigido centralidade à proteção e promoção da saúde nas estratégias de desenvolvimento econômico (FIDLER, 2011, p. 181).

Ainda assim, algumas características expõem a contenda de sustentar a saúde enquanto prioridade de política externa, das quais podemos citar a dificuldade de qualificar problemas de saúde como preocupações de segurança nacional, e a redução dos temas de saúde a ferramentas de *soft power*.

O que emerge é a elasticidade para a saúde nas políticas de desenvolvimento, economia e de segurança nacional. Os problemas globais de saúde aparecem com mais frequência nessas áreas quando surgem crises, como uma pandemia, mas a atenção da política externa diminui quando a crise passa. Quanto mais elevação a saúde global recebe na hierarquia dos interesses da política externa, mais elasticidade testemunhamos. As preocupações com a saúde global tendem a ser mais inelásticas em relação aos objetivos da dignidade humana; entretanto, essa função, historicamente, tem sido a menos importante na formulação da política externa (FIDLER, 2011, p. 5, tradução nossa¹⁰).

¹⁰ “What emerges is elasticity for health in development, economic and national security policies. Global health problems more frequently appear in these areas when crises develop, such as a pandemic, but foreign policy

Apesar de serem historicamente consideradas menos importantes, as ações políticas na esfera da justiça social têm se multiplicado e, por consequência, reforçado a saúde como um valor social e um direito humano, conforme apontado por Kickbusch (2011). Dentre as ações dessa natureza, se destaca o apoio dos Estados às metas de desenvolvimento do milênio das Nações Unidas, em defesa do acesso a medicamentos e cuidados primários de saúde. Também reforça a importância do investimento dos países de alta renda em iniciativas globais de saúde (KICKBUSCH, 2011).

A emergência dos temas de saúde na política tem levantado alguns questionamentos, dos quais destacamos a continuidade dessa relação elástica no futuro. Diferente da repetição deste padrão, poderíamos estar observando um aumento da saúde enquanto preocupação global, a redução da elasticidade e a sua incorporação de modo perene nas funções de desenvolvimento, economia e segurança.

Com relação ao segundo questionamento, ou seja, se a saúde serve aos propósitos da política externa ou o inverso, três foram as perspectivas até hoje abordadas e tratadas pela literatura presente nesta pesquisa: política externa como saúde – onde a política externa busca a saúde como um fim em si mesma; saúde e política externa – quando o objetivo estratégico da política externa não é exatamente o fortalecimento dos temas de saúde, mas se utiliza do resultados de políticas dessa natureza; saúde como política externa – quando princípios e imperativos científicos movimentam as ações em saúde de modo que os Estados (e suas políticas externas) são orientados em direções específicas, onde nem a ideologia nem a política são capazes de alterar (FIDLER, 2011, p. 5).

A única perspectiva que parece contribuir com a manutenção da premissa de elasticidade entre ascensão e queda descrito anteriormente é a da saúde e política externa, quando os temas dessa natureza servem aos propósitos da política externa. Nos dois outros casos – de saúde como política externa e política externa como saúde – é possível identificar parcial ou totalmente a política externa servindo aos temas de saúde.

Três conclusões acerca dos lugares da saúde na política externa descritos por Fidler são essenciais para os desdobramentos desta pesquisa: 1) eventos políticos e epidemiológicos transformaram a relação entre saúde e política externa, ou seja, houve uma revolução representada pela ascensão da saúde em muitas agendas políticas nas relações internacionais e

attention fades when the crisis wanes. The more elevation global health receives in the hierarchy of foreign policy interests, the more elasticity we witness. Global health concerns tend to be most inelastic with respect to human dignity objectives; however, this function, historically, has been the least important in foreign policy making” (FIDLER, 2011, p. 5).

o Brasil acompanhou essa dinâmica; 2) especial atenção deve ser depositada na perspectiva da saúde como política externa pelo fato do regime internacional de controle do tabaco ter se fortalecido como um empreendimento de política externa através do aprofundamento da dinâmica interdependente entre ciência e política; 3) ainda que embasados pela mesma perspectiva de saúde como política externa, Estados podem obter resultados diferentes partindo de uma premissa instável e pouco enraizada nas comunidades de saúde e política externa. Em outras palavras, a instabilidade entre ciência e política pode ser menos sensível no Brasil pelo fato dos temas da baixa política terem destaque na política externa brasileira.

3.2 Interação entre saúde e política externa no Brasil

Vejamos a seguir como as perspectivas de interação entre saúde e política externa presente em Fidler (2005) aparecem no caso brasileiro e, especialmente, como nos ajudam a entender o lugar do controle do tabaco na política externa. É possível identificar quando cada uma das perspectivas foi predominante na política externa brasileira e quando uma cedeu lugar a outra, ajudando a explicar, inclusive, como o tema se sustentou enquanto prioridade.

O interesse das agendas internacionais pelos temas sociais renovado pelo fim da Guerra Fria desencadeou, junto de três outras circunstâncias internas, o aumento dos temas de saúde na política externa brasileira. Não é do interesse desta pesquisa aferir com base na agenda de controle do tabaco sob qual perspectiva de interação entre saúde e política externa os governos brasileiros atuaram ao longo dos últimos 20 anos. O controle do tabaco é apenas um dentre uma infinidade de temas de saúde e, de modo algum, pretendemos tomar a perspectiva sob a qual se dá sua sustentação na política externa como padrão para outros temas de saúde.

Nesta toada, a presença do controle do tabaco na agenda da PEB exemplificou, majoritariamente, uma das três perspectivas de interação entre saúde e política externa descritas por Fidler (2005), ou seja, a perspectiva de saúde como política externa. E, conforme abordado por Alcázar (2005), no Brasil, três fatores foram essenciais para a consolidação dessa perspectiva: a adoção pelo Estado brasileiro de um discurso de saúde aberta, universal, integral e de reconhecida importância política; a ampliação do papel do Ministério da Saúde para tornar o discurso em ação; a criação de condições orçamentárias para viabilizar as ações (ALCÁZAR, 2005).

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a ação interna do Ministério da Saúde se concentrava, basicamente, no controle de endemias. No plano externo sua atuação se

resumia a episódios de participação em conferências internacionais de saúde e nas AMS (ALCÁZAR, 2005). O estabelecimento do SUS inaugurou uma nova posição do Ministério da Saúde na agenda da política externa, fortemente pautada pelo fim da exclusividade médica e pela democratização do espaço decisório à sociedade. Com respeito ao estabelecimento do SUS vale um importante esclarecimento: apesar de frequentemente utilizada e endossada pela luta política, não entendemos como ideal a leitura do SUS enquanto movimento de ruptura histórica, mas sim como um marco institucional das diferentes camadas de resultados do movimento sanitarista brasileiro e da reforma sanitária de um modo geral. Não se pode desconsiderar a construção histórica de décadas anteriores ao seu estabelecimento. A própria ideia de universalidade é por si só um construto teórico e doutrinário dos anos 1960 e se expressa através de políticas importantes até mesmo do regime civil-militar, do qual podemos citar o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Isso implica dizer que o SUS foi modelado em políticas de saúde anteriores à sua institucionalização na CF88 e nas leis orgânicas (SCOREL, 1987, p. 161).

A adoção desse discurso universalista simbolizou a ressignificação dos aspectos social, político e diplomático no campo da saúde. Primeiro porque o SUS está fundamentado na correção de iniquidades e exclusões sociais históricas. Segundo, porque a constatação de que os modelos economicistas foram incapazes de solucionar os problemas sociais ressignificou a concepção de desenvolvimento - agora atrelada ao desenvolvimento humano. Por último, pelo fato de a diplomacia incorporar a defesa do direito fundamental à saúde como premissa, o que impede que qualquer questão do ordenamento econômico internacional seja colocada à frente das políticas de saúde pública (ALCÁZAR, 2005).

[...] é a passagem do estado reativo (o Ministério reage à agenda internacional) ao estado propositivo (o Ministério propõe a agenda internacional), que define o momento de inserção da saúde na política exterior brasileira. A liderança assumida pelo Brasil na área do HIV/AIDS e no da defesa de uma política mundial de controle do tabaco não poderia ter sido realizada sem a ampliação do papel do Ministério da Saúde, que tem na participação social uma de suas consequências de maior visibilidade (ALCÁZAR, 2005, p. 11).

Abordagens contemporâneas de Alcázar tendem a questionar em certo grau a insubordinação da saúde aos interesses da alta política. Em sua tese, José Paranaguá se aprofunda na cooperação Sul-Sul no âmbito da Saúde e indica que iniciativas brasileiras pela internacionalização da saúde se aproximaram de torná-la algo instrumental para a PEB, ainda que de modo tímido e não programático. Recortando para as iniciativas de cooperação, Paraganá aponta que é recente a orientação de governo sobre a conexão de iniciativas dessa

natureza à política externa (PARANAGUÁ, 2012, p. 90). Ainda assim, em linhas gerais, a ascensão do controle do tabaco na política externa brasileira, ao surgir na esteira do fortalecimento da concepção universalista da saúde, difere dos casos em que os Estados apenas têm a saúde incluída na política externa como esforço de obter respostas para problemas que passaram a ameaçar ou dificultar a satisfação de seus interesses materiais (FIDLER, 2005). Conforme apontado por Alcázar (2005, p. 11), os temas de saúde ascenderam na política externa brasileira de modo insubordinado aos temas tradicionais da alta política, acompanhado pelo fortalecimento do papel do Ministério da Saúde “enquanto *locus* politicamente reconhecido para organizar, veicular e acionar” o discurso universalista.

Com o passar do tempo, e na medida em que a indústria do tabaco aprimorava suas estratégias de interferência política, tornaram-se imperativas as evidências científicas sobre os impactos do tabagismo e ainda mais claro que as decisões sobre o controle do tabaco ocorrem em uma esfera incompatível e desvantajosa para a indústria, ou seja, onde a saúde é parte integrante da agenda de política externa ou configura o próprio objetivo da política externa.

Segundo Alcázar, “o reconhecimento de que as questões econômicas e sociais fazem parte da dimensão política e que, portanto, é descabido privilegiar uma em detrimento da outra” foi fundamental para a ascensão dos temas de saúde na política externa brasileira. Entretanto, ainda que essa hierarquia temática não tivesse sido superada pela PEB, também seria justificada a sustentação do controle do tabaco através da perspectiva econômica, dado o comprovado prejuízo que a epidemia de tabagismo gera aos cofres públicos, conforme abordado no capítulo dois. Por vezes a política de controle do tabaco foi mobilizada pela literatura presente nesta pesquisa para ilustrar a dinâmica que ocorre no campo da saúde como política externa. Segundo Fidler (2005):

[...] uma ferramenta poderosa na nova estratégia global para o controle do tabagismo envolveu defensores que vinculam o crescimento de doenças relacionadas ao tabaco diretamente a custos econômicos significativos que os governos teriam de arcar se não melhorassem o controle do tabagismo. O interesse demonstrado no conceito de “bens públicos globais para a saúde” também ilustra o poder da dinâmica ciência-política porque a ideia de “bens públicos” flui da teoria econômica e não da ideologia da saúde (FIDLER, 2005, p. 190, tradução nossa¹¹).

A ferramenta de que fala Fidler também pode ser traduzida como a articulação entre a comunidade epistêmica antitabagista, os formuladores de política e os tomadores de decisão.

¹¹ “[...] a powerful tool in the new global strategy for tobacco control involved advocates tying the growth of tobacco-related diseases directly to significant economic costs that governments would have to bear if they did not improve tobacco control. The interest shown in the concept of “global public goods for health” also illustrates the power of the science-politics dynamic because the “public goods” idea flows from economic theory not the ideology of health” (FIDLER, 2005, p. 190).

Conforme abordado no capítulo I, a comunidade epistêmica antitabagista foi fundamental no processo de ressignificação do tabagismo que culminou no estabelecimento do regime global de controle do tabaco, sendo ela o principal canal de propagação das pesquisas científicas a respeito dos impactos do mercado do tabaco na saúde e, especialmente, na economia.

Até aqui foi possível perceber como a virada universalista do discurso da saúde, a ampliação do papel do Ministério da Saúde e a criação de condições orçamentárias foram fundamentais para a ascensão da saúde na política externa. Passados 30 anos da criação do SUS e 15 do estabelecimento da CQCT da OMS no Brasil, devemos avaliar se essas três circunstâncias internas abordadas por Alcázar continuaram vigorando através do tempo e contribuindo para a sustentação do controle do tabaco na PEB. Sobretudo, se a universalidade continuou a fazer do controle do tabaco uma política de Estado.

Na esteira das considerações de Alcázar (2005) e Fidler (2005), essa pesquisa interpreta as decisões sobre a CQCT da OMS no âmbito da unidade de decisão sobre o controle do tabaco - a CONICQ - como parte do esforço político do Brasil de atingir objetivos da saúde através da PEB, quando, ao invés de a saúde ser um recurso para atingir objetivos em política externa, é a política externa que passa a ser um meio de promover os interesses da área da saúde. Conforme explicitado por Alcázar (2005), a universalização da saúde no Brasil faz da PNCT uma política de Estado, o que faz com que o tema seja projetado naturalmente no plano externo e alimentem o interesse da diplomacia brasileira (ALCÁZAR, 2005).

Todavia, nem sempre os governos brasileiros mantiveram de pé três pilares de sustentação da saúde na política externa e, ainda assim, as decisões do campo da política externa para o controle do tabaco não foram prejudicadas. Isso implica dizer que tal condição não abriu espaço para a indústria do tabaco, o que talvez aponte para a diminuição da elasticidade na relação entre saúde e política externa de que falou Fidler (2005). Mesmo em períodos de redução do espaço da saúde na PEB, estruturas decisórias para temas de saúde se mantiveram comprometidas e arraigadas à concepção universalista. Destarte, a CONICQ é tratada por esta pesquisa como um caso de profundo enraizamento da concepção universalista e da ideia de que a saúde pública deve ser priorizada em relação aos interesses setoriais econômicos.

As mudanças de gestão ao longo dos 15 anos de existência da CQCT da OMS chegaram a oferecer risco para a continuidade deste padrão de interação entre saúde e política externa, mas não foram capazes - ou não tiveram tempo - de criar uma nova concepção norteadora ao campo da saúde. Neste sentido, mesmo em períodos de baixa interação, as decisões sobre o controle do tabaco seguiram protegidas dos interesses da indústria por uma unidade de decisão ainda muito conectada à concepção universalista da saúde.

Deste ponto em diante, serão avaliadas as condições da relação entre saúde e política externa em cada um dos governos brasileiros (a partir da primeira COP da OMS) para, em seguida, analisarmos a dinâmica do processo decisório sobre o controle do tabaco. Para facilitar o entendimento, agrupamos as administrações em duas fases. Na primeira, onde a política externa reflete a manutenção da concepção universalista da saúde, se encontram os governos de Lula da Silva e Dilma Rousseff. Na segunda, fase onde ocorrem sucessivas tentativas de superar o universalismo como concepção norteadora das políticas de saúde, foram agrupados os governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro.

3.2.1 Governos Lula da Silva (2003-2010) e Rousseff (2011-2015)

O primeiro governo a participar da CQCT da OMS já consolidada foi o de Lula da Silva. Para Ventura (2013), o lugar da saúde na política externa do presidente foi fortemente sustentado pelo que considera ter sido uma rápida percepção de Lula acerca do papel que a saúde pública poderia desempenhar na diplomacia (VENTURA, 2013). Inúmeras foram as ações internacionais executadas pelo governo brasileiro no período de repercussão no setor da saúde, das quais citamos as iniciativas de cooperação Sul-Sul, na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) e na União de Nações Sul-Americanas (UNASUL). No cerne dessas ações esteve a solidariedade, considerada por Celso Amorim (2010) - à época Chanceler de Lula - uma das ferramentas fundamentais da política externa brasileira. Aqui vale recobrar o importante papel desempenhado por Amorim na negociação do tratado da CQCT da OMS.

A consolidação de uma diplomacia solidária em saúde depende tanto da prevalência dos direitos humanos sobre os demais interesses de nossa política externa, quanto da vontade política dos governos de completar o movimento iniciado com a reforma sanitária, desenvolvendo uma saúde gratuita e de qualidade sistema, como dever do Estado e direito de todos, e que fundamenta a atuação internacional do Brasil (VENTURA, 2013, p. 106).

O governo Lula é reconhecido pela literatura como um período em que houve grande vontade política em matéria de saúde pública e política externa. E essa vontade foi traduzida no fortalecimento do SUS, na inclusão do Ministério da Saúde (e sub órgãos da pasta) como formulador de política externa e no aumento do orçamento para ações de saúde pública. No campo da cooperação técnica a assinatura do Termo de Cooperação nº 41 (TC-41) é uma das diversas de evidência do engajamento do governo brasileiro com o projeto de

internacionalização do SUS e do papel especial do Ministério da Saúde. O TC-41 viabilizou 51 projetos de cooperação do Brasil com outros países em desenvolvimento e realizou mais de 680. Para o governo brasileiro o objetivo era de fortalecer a capacidade do país de cooperar com o desenvolvimento dos sistemas de saúde de outros Estados, especialmente os de língua portuguesa, no marco da cooperação sul-sul e do apoio ao Programa de Cooperação Internacional em Saúde (PIRES-ALVES; PAIVA; SANTANA, 2012; OPAS, 2021). O governo brasileiro também buscou, a partir de 2005, dar suporte aos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) através da estruturação de instituições de ensino de saúde pública visando não apenas a melhora da política local como o estreitamento de atividades de intercâmbio técnico-científico entre tais instituições com o Brasil (PIRES-ALVES; PAIVA; SANTANA, 2012). No plano regional, o Ministério da Saúde esteve fortemente envolvido na expansão da cooperação em saúde no âmbito da UNASUL e no estabelecimento do Conselho Sul-Americano de Saúde, em dezembro de 2008.

Desse modo, é possível afirmar que o governo Lula pautou suas ações externas no entendimento de que as políticas de saúde possuem fim em si mesmas. E assim sendo, foram consideradas o próprio objetivo de sua PEB, orientada pela solidariedade fundamental da concepção universalista do SUS.

O principal desafio à manutenção da interação sob a perspectiva da saúde como política externa do período também foi abordado por Ventura (2013). A continuidade dessa diplomacia sanitária brasileira praticada pelo governo Lula dependeu constantemente do manejo de contradições como a atuação internacional do Brasil orientada pelos mesmos princípios do SUS e a própria realidade material do SUS. Foi grande o esforço de preservação do sistema de saúde público e universal no Brasil frente à ideia de que a saúde privada seria melhor do que a saúde pública tanto para a economia do país quanto para a qualidade dos serviços. Esse discurso de privatização da saúde se infiltrou fortemente no SUS e, volta e meia, retorna aos espaços políticos mediante as dificuldades orçamentárias enfrentadas pelo governo (VENTURA, 2013).

Apesar dos desafios, inúmeros são os exemplos de que o controle do tabaco foi fortemente defendido pela política externa brasileira ao longo do governo de Lula da Silva, dentre eles, o já citado engajamento da delegação brasileira no processo de consolidação da CQCT da OMS. Após a entrada em vigor, o Brasil deu continuidade às ações de política externa de fortalecimento do próprio regime internacional de controle do tabaco e da política nacional, apresentando iniciativas pioneiras e incluindo atores de relevante influência nas negociações para controle do tabaco no plano internacional (PORTES; MACHADO; TURCI;

FIGUEIREDO; CAVALCANTE; SILVA, 2018). Para que as iniciativas de controle recomendadas pela CQCT obtivessem êxito, foi necessário que, no plano doméstico, houvesse um mecanismo de coordenação governamental dessas medidas de proteção da saúde pública em detrimento dos interesses da indústria no processo decisório. E foi ao longo do mandato de Lula da Silva que a CONICQ se consolidou como um órgão estratégico comprometido com a responsabilização entre instâncias governamentais pelo controle do tabaco.

A chegada de Dilma Rousseff à presidência, por seu turno, representou uma redução das iniciativas financeiras, organizacionais e de assistência internacional, realizadas pelo governo anterior. A literatura abordada nesta pesquisa considera que a administração de Dilma foi marcada por um “declínio sistêmico” derivado da falta de compromisso em sustentar os esforços gerais da PEB de Lula (GÓMEZ; PEREZ, 2016). Ainda que, na teoria, continuasse a vigorar a perspectiva universalista e solidária que marcou as iniciativas de saúde no campo da PEB, na prática, suas ações foram prejudicadas pelo baixo engajamento e orçamento. Gómez e Perez (2016) atribuem esse resultado a três fatores: a já citada redução do apoio orçamentário (proveniente tanto do poder executivo quanto do legislativo) ao MRE e ao Ministério da Saúde; a mudança de prioridade e compromisso da própria presidente - retorno às questões de desenvolvimento econômico nacional e de bem-estar social; e ao pouco envolvimento em unificar o estado e a sociedade civil (incluindo atores do setor privado) para trabalharem juntos em nível internacional, em decorrência da falta de interesse da administração de Dilma na PEB.

O fato de Dilma Rousseff ter sido a sucessora de Lula da Silva não implicou na adesão automática das disposições normativas adotadas anteriormente. Segundo Gómez e Peres, “isso ocorre quando há uma diminuição do apoio orçamentário federal aos órgãos federais, uma correspondente mudança na autonomia e controle da gestão financeira [...]” (GÓMEZ; PEREZ, 2016, p. 177). Diferente do governo Lula da Silva, a gestão de Dilma Rousseff foi menos enérgica ao aproveitar a política externa como mecanismo de desenvolvimento nacional – ainda que mantidos o embasamento conceitual e o fazer político na justiça social. Gómez e Perez apontam que a interação entre saúde e PEB no governo de Dilma Rousseff foi atravessada por dois processos: um ocasionado pelos cortes orçamentários, e outro que, segundo os autores, não é tão fácil de ser identificado do ponto de vista causal, mas que promoveu mudanças dignas de menção, especialmente no contexto da região das Américas. A PEB de Dilma Rousseff foi marcada pela substituição do perfil ativo e ativo pela inércia burocrática, responsável por evitar consequências piores nos resultados da saúde (GÓMEZ; PEREZ, 2016). Dentre os exemplos estão as descontinuidades e problemas enfrentados pelo MRE, pela FIOCRUZ e pelo próprio Ministério da Saúde. O último, em especial, que, durante o governo Lula foi transformado em

ator chave de diversas iniciativas de política externa, teve o seu papel de formulador de política externa fortemente reduzido. Conforme relatado pelo ex-ministro da Saúde, José Gomes Temporão, foram diversas atividades internacionais tratadas diretamente com o ex-ministro Celso Amorim, de ampliação da agenda brasileira de saúde global (Temporão, 2014). Segundo Badin e França (2010), aproximadamente 50% da estrutura do Ministério da Saúde foi envolvida em algum projeto internacional, considerando todos os departamentos da pasta (BADIN; FRANÇA, 2010). Ao longo de todo o governo Rousseff, as reuniões de alinhamento entre o MS e o MRE se tornaram cada vez mais escassas e pontuais. Ainda assim, no campo do controle do tabaco, as ações internacionais continuaram a acontecer em razão da centralidade da Secretaria Executiva da CONICQ no processo decisório.

No MRE, cortes significativos no orçamento destinado à cooperação internacional foram reduzidos. Segundo Gómez e Perez (2016), no ano de 2005 foram aplicados R\$ 430.705.861 em iniciativas de cooperação internacional; “em 2011, esse valor foi reduzido para R\$ 82.188.671 e, em 2012, para R\$ 63.002.107” (GÓMEZ; PEREZ, 2016).

Apesar da redução do espaço da saúde na PEB, o Brasil seguiu avançando na agenda, sendo reconhecido como exemplo de implementação da CQCT, conforme apontado nos Relatórios de Progresso Global apresentados às vésperas das COPs 10 e 12, em 2012 e 2014, respectivamente. Para além de exaltar os avanços na política nacional e na implementação das medidas recomendadas pela CQCT, a delegação brasileira se posicionou de modo colaborativo e propositivo em todas as COPs do período citado.

Segundo o Secretariado, o Brasil avançou tanto na proposição de novas legislações quanto no fortalecimento de medidas existentes, bem como foi citado como exemplo na implementação de políticas particularmente avançadas e inovadoras com potencial de inspirar ações semelhantes em outros países. Nesta última categoria, foram mencionadas as políticas de preços sobre o tabaco, as quais geraram um aumento na carga tributária dos produtos de aproximadamente 7% com relação ao governo anterior. O Brasil também foi reconhecido pela evolução nas áreas de regulação dos produtos, proteção ao consumidor, agricultura e proteção do meio ambiente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

3.2.2 Governos Temer (2015-2018) e Bolsonaro (2019-2021)

No período em que Temer e Bolsonaro estiveram à frente da presidência do Brasil, a PEB passou a negligenciar por completo a saúde, inclusive, buscando substituir sua concepção universalista.

Os últimos seis anos marcaram a sistemática quebra das três circunstâncias abordadas por Alcázar (2005) como fundamentais para a ascensão da saúde na política externa brasileira, especialmente, a valoração equiparada entre o direito social à saúde e as questões da alta política (BARROS; BRITO, 2019). A chegada de Michel Temer deu lugar ao aumento de medidas restritivas às políticas de saúde pública que embasaram por décadas as iniciativas de cooperação internacional, bem como a outras abordagens de inserção internacional brasileira.

O governo de Temer acenou constantemente ao setor empresarial da saúde, abrindo espaço para que a iniciativa privada ampliasse a sua participação na gestão dos serviços públicos (BARROS; BRITO, 2019). A perspectiva privatista instaurada no governo de Temer abriu espaço político para que atores avessos à concepção do Estado responsável por garantir o bem-estar social pleiteassem por seus interesses. Logo, a conexão entre saúde e política externa, antes estabelecida majoritariamente por atores comprometidos com o direito social à saúde, foi gradativamente desgastada e reduzida à obtenção de resultados pontuais e quase sempre orientados pelo interesse econômico (BARROS; BRITO, 2019).

No âmbito do controle do tabaco, o governo Temer foi marcado pela tentativa de interferência da indústria através do alto escalão do governo federal e do Itamaraty no processo decisório sobre a COP 7¹². Segundo informações do Observatório Sobre as Estratégias da Indústria do Tabaco da Fiocruz, Eliseu Padilha, à época ministro chefe da casa civil, recebeu parlamentares e representantes da indústria do tabaco para tratar da COP7, em Brasília, no dia 19 de outubro de 2016. Às vésperas da Conferência, cinco deputados estaduais confirmaram presença na COP: Edson Brum (PMDB), Marcelo Moraes (PTB), Pedro Pereira (PSDB), Zé Nunes (PT) e Adolfo Brito (PP).

Ato contínuo, o embaixador do Brasil na Índia – à época, país sede da COP –, Tovar da Silva Nunes, exerceu o papel de intermediador da comitiva pró-tabaco, tendo agendado reuniões com o grupo e repassado informações em atos claros de violação ao artigo 5.3 da CQCT, dada a restrição imposta pelo tratado de que sejam criados canais de diálogo entre membros do governo brasileiro e qualquer representante da indústria. Segundo a Fiocruz, o

¹² A COP 7 ocorreu na Índia, no ano de 2016, durante o governo de Michel Temer.

embaixador recebeu cerca de 20 líderes das indústrias do tabaco e representantes antitabagistas. Na conversa, Nunes ressaltou que o posicionamento do Brasil deveria respeitar tanto o setor produtivo do tabaco quanto as áreas da saúde (FIOCRUZ, 2016).

Apesar da tentativa de interferência, as decisões apresentadas à COP não foram formuladas ou modificadas pela indústria através do MRE. Ainda que levados à discussão no âmbito da CONICQ e da COP, os temas de interesse da indústria não apresentaram consenso entre os tomadores de decisão, onde destacamos os discursos contrários à interferência realizados por Tânia Cavalcante – à época, secretária executiva da CONICQ – e de Vera Luiza da Costa e Silva, chefe do secretariado da CQCT (FIOCRUZ, 2016).

Na COP seguinte, em 2018¹³, o governo brasileiro voltou a abrir espaço para a indústria do tabaco como parte de um esforço de devolver o lugar de destaque aos temas econômicos em detrimento aos de saúde pública. Conforme exposto pela Fiocruz, uma comitiva de deputados e lideranças da cadeia produtiva do tabaco se reuniu novamente com Eliseu Padilha, em busca de representatividade do setor de tabaco. Estiveram na reunião Iro Schünke, Presidente do Sindicato Interestadual da Indústria do Tabaco (SINDITABACO), a Associação dos Municípios Produtores de Tabaco (AMPROTABACO), o deputado federal Alceu Moreira, do presidente da Comissão de Agricultura, Pecuária e Cooperativismo da Assembleia Legislativa, deputado Adolfo Brito, e dos deputados estaduais Edson Brum, Gilmar Sossella, além de representantes de entidades, como o presidente da Câmara Setorial do Tabaco e secretário da AFUBRA, Romeu Schneider; o presidente da Associação das Indústrias Brasileira do Fumo (ABIFUMO), Carlos Galant e o vice-presidente da FETAG, Nestor Bonfanti. Na liderança de articulação esteve o deputado Sergio Moraes (PTB-RS).

Por seu turno, a CONICQ sustentou durante o processo decisório sobre a COP a ampliação de ações comprometidas com a diversificação da agricultura visando a diminuição das áreas abrangidas pelo fumo. Em conformidade artigos 17 e 18¹⁴, a CONICQ buscou encorpar o discurso sobre a urgência de alternativas de aceleração da implementação, considerando o apontamento presente no Relatório de Progresso Global de que os referidos artigos figuravam na lista dos que menos avançaram (FIOCRUZ, 2018).

A delegação oficial brasileira para a COP8 foi fortalecida pela pesquisadora da Fiocruz, Valeska Figueiredo, à época, coordenadora do Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde da ENSP/FIOCRUZ e integrante do Grupo de Especialistas do Secretariado da Convenção-

¹³ A COP 8 ocorreu em Genebra, em 2018, durante o governo de Michel Temer.

¹⁴ Os artigos 17 e 18 da CQCT da OMS tratam das alternativas sustentáveis e econômicas para os produtores, constando entre elas a diversificação das áreas de cultivo da folha do tabaco.

Quadro. Como representante da FIOCRUZ, Valeska compôs a relatoria das atividades sobre o artigo 13, sobre Publicidade, Promoção e Patrocínio do Tabaco.

A agenda do secretariado da CQCT no ano de 2018 também foi marcada pela entrada em vigor do Protocolo para Eliminação do Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco, o qual contou com o apoio do Brasil, tendo o tema sido debatido e consensuado pelos membros da CONICQ.

O cenário se agravou sensivelmente com a chegada de Jair Bolsonaro ao poder. Desde o primeiro mês de mandato, a PEB do novo governo, chefiada pelo Ministro Ernesto Araújo, foi orientada para abandonar “posturas e princípios que haviam guiado a ação diplomática brasileira por longas décadas”, conforme abordado por Barros e Brito (2019). Enquanto política pública, a PEB passou a refletir as visões anti-estatistas defendidas por Bolsonaro (declarado negacionista da ciência), com especial foco na desmobilização de órgãos e agências provedoras de bens públicos como saúde, educação, meio ambiente e a própria diplomacia (HIRST; MACIEL, 2022).

Como corolário, as ações da PEB, especialmente na gestão de Ernesto Araújo, foram marcadas por escassas iniciativas de coordenação e cooperação multilateral – especialmente na Organização Mundial da Saúde e na Organização Pan-Americana da Saúde, em específico –, deixando flagrante o isolamento normativo e político do governo brasileiro. Em consonância com o negacionismo de Bolsonaro, o Itamaraty se distanciou do seu papel inovador para propostas normativas e possibilidades de colaboração nos âmbitos Norte-Sul e Sul-Sul, passando a mero defensor de ideologias obscurantistas sobre o papel da ciência na política (HIRST; MACIEL, 2022).

Mesmo sendo a conjuntura internacional completamente distinta do período da ditadura militar de 1964, a PEB de Bolsonaro recobrou tal cenário, onde as políticas de segurança e economia dominavam os projetos de inserção internacional dos governos. A importância dos temas de defesa e segurança para o governo de Bolsonaro, ou na necessidade de olhar temas diversos por esse prisma pode ser observada na composição do poder executivo, tomado pela presença de militares.

Além do cargo de Vice-Presidente e do comando de 9 dos 22 ministérios que compõem o poder Executivo, representantes das Forças Armadas também ocupam posições destacadas do segundo escalão do governo Bolsonaro. Em fins de 2020, os militares da ativa e da reserva ocupavam 6.157 cargos civis, correspondendo a uma ocupação de 39% do aparelho estatal, mais que o dobro do que havia em 2018, no governo Michel Temer (2.765) (Menezes; Melo; Couto, 2021). O total de militares da ativa cedidos ao Executivo federal cresceu 13,7% nos primeiros seis meses do governo Bolsonaro, na comparação com 2018. Vale notar que a presença de militares na administração pública ganhou especial visibilidade a partir da decisão presidencial de nomeação de Eduardo Pazuello como ministro da Saúde, em meio à pandemia de coronavírus (HIRST; MACIEL, 2022).

De modo semelhante ao ocorrido com a PEB de Michel Temer, atores avessos à concepção do Estado como promotor de bem-estar social ganharam força e lugar nas mesas de decisão política. E foi essa concepção que os governos buscaram fortalecer em detrimento da virada do universalismo na saúde que deu origem ao SUS. Todavia, ainda que, como resultado, tenha ocorrido uma sensível redução no lugar da saúde na PEB, o controle do tabaco se manteve resistente às interferências da indústria ao longo das três COPs ocorridas nos referidos mandatos.

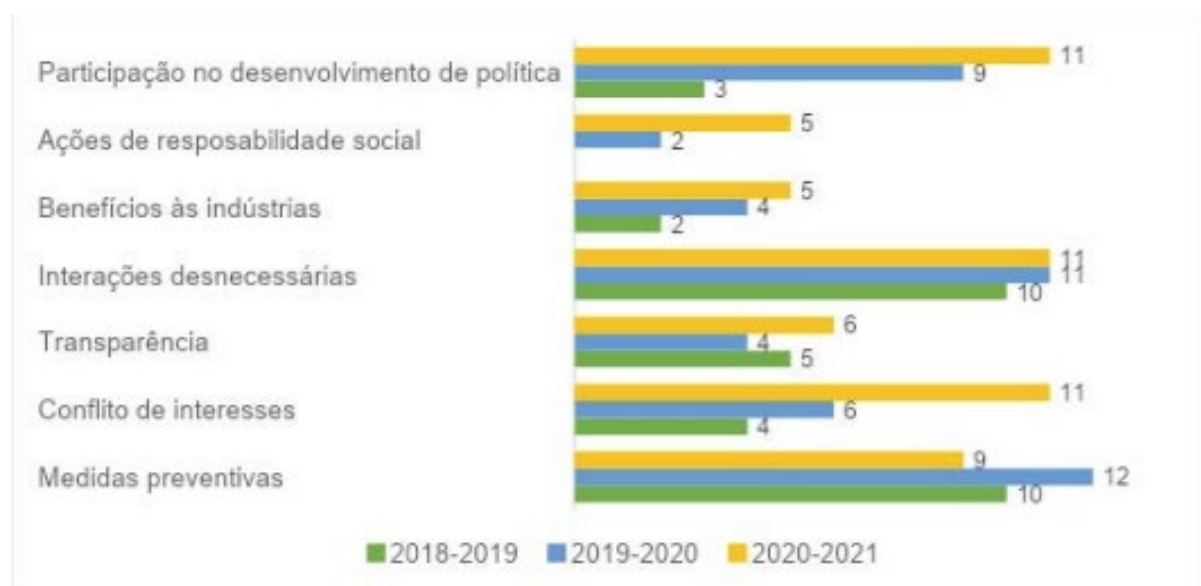
Antes da única COP simultânea ao seu governo, Jair Bolsonaro instituiu o decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, que extinguiu e estabeleceu diretrizes, regras e limitações para órgãos colegiados da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. O decreto foi resultado da articulação de representantes da indústria do tabaco para encerrar os trabalhos da CONICQ.

Dentre os articuladores do decreto se encontra o já citado deputado federal pelo estado do Rio Grande do Sul, Marcelo Moraes (PTB-RS), apontados pelo levantamento do CETAB com um dos receptores do financiamento da Philip Morris Brasil. Moraes mesmo afirmou ter sido “uma das pessoas que promoveu uma reunião, logo no início do governo, para que houvesse a extinção” do órgão colegiado, conforme registrado em vídeo divulgado pelo jornal O Joio e o Trigo, em fevereiro de 2022 (O JOIO E O TRIGO, 2022). Mas, entre os antitabagistas, o deputado não é figura desconhecida, conforme informa o dossiê também organizado pelo CETAB, divulgado em 2021.

Ao longo de onze anos [...] o parlamentar Marcelo Moraes, integrando diversas comitivas de representações da Indústria do Tabaco, entre dirigentes sindicais, gestores municipais, e parlamentares das três esferas de poder do Rio Grande do Sul, tem utilizado como argumento a falta de diálogo entre o Ministério da Saúde/INCA/CONICQ, na condução da política de tabaco e o setor produtivo. Esse discurso, em sua maioria, cercado de fúror e temor desnecessários, cuja finalidade é de pressionar e isolar as políticas de controle de tabaco propostas pelo Ministério da Saúde/INCA, além de mobilizar sua base eleitoral através do pânico, vem se tornando estrategicamente mais agressivo ao interpelar setores do governo na manutenção da recondução da CONICQ tendo como eixo a configuração ministerial desde 2019 (FIOCRUZ, 2021).

O dossiê do CETAB expôs também outra articulação, dessa vez, pouco antes da realização da COP 5, durante o governo de Dilma Rousseff, na qual Moraes se juntou aos deputados estaduais Adolfo Brito (PP) e Pedro Pereira (PSDB), à Associação Internacional dos Produtores de Tabaco (ITGA), e ao então representante do Ministério da Agricultura, Sávio Pereira, para reforçar que o posicionamento defendido pelo Brasil comprometeria a fumicultura (CETAB, 2021). No instrutivo, o Brasil mostrou proatividade e comprometimento com as políticas de diversificação de áreas ocupadas pela fumicultura e acenou para o aumento das restrições de crédito para o setor, bem como na ampliação de políticas de proteção das populações mais vulneráveis da cadeia produtiva do tabaco, em conformidade com os artigos 17 e 18 da CQCT. Os parlamentares pediram apoio ao Ministério da Agricultura, membro da CONICQ, para que não houvesse prejuízo às entidades representativas ligadas aos produtores (INCA, 2012).

Gráfico 2 - Indicadores de interferência da indústria do tabaco no Brasil, 2018-2021



Fonte: ACT Promoção da Saúde, 2021.

A articulação de Moraes é sintomática sobre a permeabilidade da indústria do governo em 2021 e sobre seu *modus operandi* no Brasil. Segundo o Índice da Interferência da Indústria do Tabaco, elaborado e divulgado pela ACT em 2021, o Brasil fechou o período de 2020 a 2021 com 58 pontos, índice maior do que o registrado no período anterior (ACT, 2021).

De todo modo, o decreto do presidente Bolsonaro não teve competência para derrubar a CONICQ, sendo o único caminho para a dissolução do órgão a ratificação da saída do tratado, uma vez que a existência do mecanismo de coordenação nacional da CQCT da OMS é exigência

da CQCT e está previsto pelo artigo 5.2. Como prevê a Constituição Federal de 1988, o tratado da OMS foi transformado em lei interna, uma vez ratificado pelo Congresso Nacional. A propósito, a revogação do decreto de Jair Bolsonaro foi um dos primeiros atos administrativos do terceiro mandato de Lula da Silva, iniciado em janeiro de 2023.

A título de conclusão desta seção, se deve destacar a excepcional autonomia e distinto modo de operar em matéria de política externa da CONICQ enquanto unidade de decisão para o controle do tabaco. Dada a sua natureza, seus objetivos e valores compartilhados por seus membros, o órgão parece capaz de se manter distante das oscilações observadas nos cenários de interação entre saúde e política externa ao longo do tempo. Existe para os temas relacionados ao controle do tabaco uma estrutura decisória capaz de operar para além das mudanças de concepção sobre saúde e política externa. Claro que esta constatação parte da premissa de que um importante pilar de sustentação da saúde na política externa não foi totalmente destruído, o do universalismo. Instituições como a CONICQ mantiveram seus trabalhos fortemente pautados no compromisso da oferta universal da saúde e, por consequência, na utilização da PEB a serviço deste objetivo.

Ainda assim, é importante considerar que a perda dos outros dois pilares de sustentação do controle do tabaco, especialmente ao longo dos governos Temer e Bolsonaro, dificultaram a implementação da CQCT da OMS no plano doméstico. A abertura dos canais de diálogo entre a indústria do tabaco e as administrações acima prejudicou diretamente a continuidade de algumas ações internas de potencial já reconhecido pelo secretariado da Convenção, dentre elas o próprio programa de diversificação. Mas esse retrocesso não deve ser confundido com a mudança de orientação da unidade de decisão para o controle do tabaco no plano externo. Pelo contrário, reforçam a existência do conflito interno nas ações de implementação, mas não no interesse da unidade de decisão em contribuir com o regime global de controle do tabaco. Não cabe a esta pesquisa conjecturar como teria ocorrido se os governos de Temer e Bolsonaro tivessem mais tempo para, eventualmente, substituir a concepção universalista ou quanto tempo mais a CONICQ seria capaz de resguardar o processo decisório e a prevalência do controle do tabaco em detrimento dos interesses comerciais e econômicos. O que esta pesquisa trata como relevante é a constatação de que, até 2021, a CONICQ operou de modo eficiente em afastar as decisões sobre os pontos das COPs e MOPs dos interesses da indústria, sustentando o comprometimento com a Política Nacional de Controle do Tabaco, propondo e implementando ações de otimização das diretrizes do tratado da CQCT da OMS.

3.3 Caminhos na Análise de Política Externa

O controle do tabaco é um exemplo de agenda que desafia as capacidades explicativas das teorias realista e liberal das relações internacionais, uma vez que as mesmas desconsideram ou relativizam o papel das dinâmicas domésticas nas escolhas de cada Estado no plano internacional. Para além de sua atuação transnacional, a indústria do tabaco também opera no nível doméstico dos Estados, buscando impor suas preferências nos processos decisórios de política doméstica e externa. Logo, análises meramente baseadas na dinâmica sistêmica dificilmente são capazes de explicar as escolhas desses Estados na arena da Conferência das Partes da OMS, sendo necessário olhar para a dinâmica interna na qual a indústria atua e disputa um lugar no processo decisório.

O Realismo enquanto lente analítica no campo das Relações Internacionais surgiu de um esforço de sistematização da dinâmica entre os Estados que ocasionaram as duas Guerras Mundiais na tentativa de evitar novos conflitos. Ou seja, o Realismo pode ser entendido como uma proposta explicativa sobre por que os Estados entram em guerra. Neste sentido, os trabalhos seminais do realismo partem dos pressupostos de que os Estados se comportam primordialmente movidos pelo desejo de poder e segurança. Os realistas entendem o sistema internacional como um ambiente anárquico - onde não há um governo central - e inseguro, onde cada um dos atores (Estados) operam para conter ameaças, buscando assim manter um equilíbrio de poder, de modo a minimizar a insegurança ligada a ameaças externas (Waltz, 1979).

A separação entre os ambientes de decisão interno e externo é conveniente ao Realismo que defende a concepção do Estado como um ator unitário ou, para utilizar um dos termos chave da teoria, como uma “caixa-preta”. Essa concepção foi sustentada por marcos interpretativos que facilitaram por muito tempo as generalizações e o não olhar para o interior dos Estados. Como resultado desta visão generalista, são considerados atores que respondem pelas escolhas chefes de estado e chancelarias, majoritariamente.

A nova perspectiva introduzida pela APE é uma alternativa às teorias que, como o Realismo, levam em consideração atores-gerais/unitários no processo de formulação da política externa. Seria a APE então uma teoria de atores-específicos capaz de analisar as fontes de mudanças que até são levantadas pelas teorias tradicionais, mas não analisadas. Neste sentido, as teorias *Mainstream* como o Realismo e, em certa medida, o liberalismo, teriam simplificado tanto as análises que deixaram de fora o componente humano, essencial para as análises sobre o comportamento dos Estados (HUDSON; VORE, 1985).

O que ocorre quando a APE abre a caixa-preta do Estado? A literatura parte da premissa de que as ferramentas analíticas herdadas do pós-Segunda Guerra Mundial não são mais suficientes para descrever o funcionamento da arena internacional, pautada desde o fim da Guerra Fria pela atribuição de maior relevância a temas antes relegados pela securitização da agenda global e pela participação de múltiplos atores. Logo, a abertura da caixa-preta permite que atores de grande contribuição para a análise do processo decisório no âmbito da política externa sejam revelados, para além das questões de defesa e segurança (concentradas nas mãos de chefes de estado, diplomatas e militares).

Dada a incapacidade das teorias de *mainstream* de explicar os fenômenos derivados do fim da Guerra Fria, a APE resurgiu como uma opção analítica para compreender o componente humano, capaz de expor variáveis importantes, antes escondidas nas generalizações. Neste sentido, a APE seria uma teoria da escolha política humana dada a centralidade do papel dos indivíduos - sozinhos ou coletivamente - nas decisões e na formulação da política externa. Ao adotar um ângulo de observação mais atento ao processo decisório da política externa, é possível observar uma espécie de demanda reprimida por respostas e inclusão no processo decisório por parte desses novos atores, especialmente em países periféricos e de democracia jovem (MILANI; PINHEIRO, 2013).

Seriam atores pertencentes à alçada de secretarias e repartições de relações internacionais de vários ministérios ou outros órgãos públicos e também atores que não fazem parte da esfera governamental, mas que têm atuação internacional seja com ou sem diálogo com os órgãos responsáveis oficialmente pela política exterior. Sendo assim, para as análises de política externa, destaca-se a extensão de temas e atores no processo decisório, incluindo as disputas interburocráticas e intraburocráticas, o papel do líder e a estrutura processual de órgãos públicos ou privados (AVELHAN, 2017).

Para os autores, a popularização da APE em meio aos estudiosos, especialmente a partir da década de 1990, ocorreu devido à modificação do sistema internacional, que deixou de ser um sistema estável e previsível. Um segundo motivo para sua popularização é a sua utilidade em auxiliar não apenas os tomadores de decisão em política externa, mas qualquer tomador de decisão política.

Outra reflexão importante introduzida nos estudos de ciência política pela APE é que os tomadores de decisão envolvidos nos processos decisórios nem sempre agirão de modo racional. Por isso, se deve considerar as contribuições das ciências sociais como um caminho de aprimoramento das análises. Dentre as limitações da racionalidade humana no processo de tomada de decisão estariam: a incapacidade do indivíduo de administrar duas ou mais opções

de ação; os tomadores de decisão podem agir de formas imprevisíveis sob estresse; cada pessoa interpreta informações de maneiras particulares. Os seres humanos são naturalmente movidos por emoções que quase sempre comprometem nossa racionalidade. Ainda assim, é possível, através da APE, identificar modelos/comportamentos mais ou menos passíveis de serem adotados pelos Estados mediante determinada circunstância (HUDSON; VORE, 1995).

Diversos são os aportes teóricos de Análise de Política Externa já produzidos que reconhecem a importância da dinâmica de interação que se dá entre atores no nível doméstico dos Estados e a variedade de atores (SNYDER; BRUCK; SAPIN, 1954). Autores como Margaret e Harrold Sprout (1956) buscaram ressaltar o papel das percepções e interpretações individuais (ou de grupos) presentes nos processos decisórios de política externa. Os autores propuseram que o foco da APE deve ser na contextualização, uma vez que o entendimento da Política Externa baseado apenas nos resultados gera equívocos. Neste sentido, só é possível agir em política externa após serem levadas em consideração as percepções/interpretações do contexto internacional pelo tomador de decisão (HUDSON; VORE, 1995).

Rosenau, por seu turno, sustentou a concepção de que atores e dinâmicas domésticas são tão importantes quanto o contexto internacional para destrinchar o conteúdo da formulação da política externa em sua publicação *Domestic Sources of Foreign Policy* (ROSENAU, 1967). O interesse dele era provocar generalizações transnacionais aplicáveis sobre o comportamento da política externa dos Estados de forma sistemática e científica. Para ele, as explicações de política externa precisam ser multiníveis e multicausais, partindo do indivíduo para o sistema internacional. Sendo assim, a APE deveria cobrir ou se propor uma via conectiva.

De um modo geral, a contribuição da APE reside na consolidação do conhecimento acerca das particularidades dos indivíduos envolvidos na tomada de decisão; da necessidade de inclusão dessas particularidades nessa teoria de meio-termo - a APE; da constatação de que provocar generalizações transnacionais sobre o comportamento da política externa de forma sistemática pode não ser suficiente para explicar as decisões dos Estados; da noção de que a política externa somente pode ser entendida quando são olhados de modo simultâneo os diversos níveis de análise; e da contribuição de outras áreas das Ciências Sociais. Em suma, olhar para o processo de formulação da política externa é mais eficiente do que encarar apenas os próprios resultados.

Dentre a produção compreendida nesta primeira geração da APE se encontra a produção de Snyder, Bruck e Sapin que enfatiza o processo e a estrutura dos grupos envolvidos nas decisões de política externa, ou como melhor conhecemos, os estudos de processo decisório. Propõem a análise sobre as consequências de fazer política externa em grupos pequenos. Nessa

linha, os esforços em torno da manutenção do consenso podem deteriorar a qualidade da tomada de decisão, onde tamanho, papel dos indivíduos envolvidos, mais ou menos autonomia podem gerar previsões sobre um eventual resultado. O processo organizacional e a política burocrática do processo decisório também afetam os resultados (HUDSON; VORE, 1995).

Em suma, a APE inaugurou métodos de produção que buscam levar em consideração as especificidades de cada Estado que dão origem a diferentes escolhas/comportamentos em política externa. A CONICQ é interpretada por esta pesquisa como uma dessas particularidades do Estado brasileiro que, ao ser analisada de perto, releva importantes informações sobre as escolhas do país no plano externo. O caso analisado nesta pesquisa coloca a colaboração do Brasil para o fortalecimento do regime internacional de controle do tabaco como produto de uma unidade de decisão muito específica, a CONICQ.

3.3.1 As contribuições de Hermann e Hermann (1989)

Vejamos então com mais detalhes como funciona a estrutura decisória para o controle do tabaco com base se deu o processo decisório de política exterior do Brasil. Será dada ênfase a contribuição teórica-conceitual do campo da APE, estruturada em Hermann e Hermann (1989), para explicar a dinâmica da unidade que decide pelo controle do tabaco no Brasil.

Até aqui foi mostrado que diversos fatores - domésticos e externos - podem influenciar decisões e comportamentos de política externa. Partindo desse pressuposto, Margaret e Charles Hermann (1989) apontam que essas influências são canalizadas através de estruturas políticas governamentais que identificam, decidem e implementam políticas externas. Segundo Hermann e Hermann, essas estruturas são preenchidas por um conjunto de atores dotados de autoridade e capacidade de empreender recursos sociais com relação a um determinado problema para, a partir daí, tomar uma decisão. Para os autores, uma vez acertada a decisão, a mesma não pode ser prontamente revertida.

Essas estruturas governamentais foram chamadas por Hermann e Hermann (1989) de "unidade última de decisão", embora, assumam que essa unidade possa ser constituída por vários atores, organizações ou burocracias, em vez de uma única entidade. Para os autores, tanto a configuração quanto a dinâmica proposta pelos atores presentes em tal unidade última de decisão ajudam a moldar a substância do comportamento da política externa (HERMANN; HERMANN, 1989).

Desse modo, se assume que a formulação da política externa muitas vezes é resultado de um processo longo, gradual e incremental que, na maior parte das vezes, não permite a identificação de pronto do tomador de decisão envolvido, tampouco a determinação de uma data específica na qual a decisão foi tomada. A menos que um indivíduo seja o encarregado da solução de eventual problema de política externa, as decisões surgirão, em grande medida, de zonas cinzentas que caracterizam os processos decisórios. Sendo assim, atores responsáveis por coletar e analisar as informações fornecidas aos formuladores de políticas tendem a moldar e restringir determinadas opções, selecionando o que é repassado e como tais informações devem ser interpretadas.

A política externa não costuma envolver um conjunto recorrente de formuladores de políticas para todos os problemas da mesma maneira. Logo, se assume que preferências e conjuntos de valores são empregados pelos grupos que respondem por cada objeto. Ou seja, as decisões não são, via de regra, resultado de um processo similar de formulação. Alguns processos decisórios podem até se constituir de maneira semelhante, mas isso não indica a existência de um modelo específico a ser seguido.

Hermann e Hermann (1989) se propuseram então a desenvolver uma abordagem de contingência capaz de sistematizar “um conjunto de condições que parece afetar como cada unidade toma decisões”, dado o envolvimento de atores alternativos em diferentes tipos de problema de política externa (HERMANN; HERMANN, 1989, p 362, tradução nossa¹⁵). Sendo assim, os autores embasam sua análise no estudo acerca dos resultados que podem ser extraídos de processos decisórios conduzidos por: 1) líderes predominantes; 2) grupos simples; e 3) múltiplos atores autônomos.

Cada um dos três tipos de unidade de decisão sistematizados pelos autores revelam um conjunto de informações específicas sobre a dinâmica do processo decisório que pode ser essencial para entender as escolhas de política externa. Todavia, a identificação dessas unidades de decisão não constituiu, à época, a contribuição inédita dos autores para o campo da APE. Para explicar os resultados provenientes de processos decisórios conduzidos por organizações burocráticas concorrentes, Hermann e Hermann (1989) se basearam em autores como Allison, 1971; Destler, 1972; Brady, 1976, dentre outros. Já em relação à condução do processo decisório por pequenos grupos, foram utilizados trabalhos anteriores de Janis, 1972; Tetlock, 1979; e Semmel, 1982 - que também serão resgatados por esta pesquisa, dada a intenção de

¹⁵ “[...] a set of conditions that appear to affect how decision units make foreign policy decisions” (HERMANN; HERMANN, 1989, p. 362).

caracterizar o órgão responsável pela condução do processo decisório para o controle do tabaco como um grupo único.

Dentre as contribuições relativas à identificação de indivíduos poderosos como unidades últimas de decisão, Hermann e Hermann (1989) utilizam os apontamentos de autores como Holsti, 1976; Walker, 1977; e Rosati, 1985. Todavia, reforçam que, antes de sua sistematização, cada uma dessas configurações – agências burocráticas, pequenos grupos ou indivíduos – apenas haviam sido analisadas de modo dissociado (HERMANN; HERMANN, 1989). Para os autores, não apenas é possível identificar o conjunto de atores que compõem a unidade final de decisão como também o relacionamento entre eles.

Hermann e Hermann nos informam que cada tipo de unidade de decisão final fornece “um conjunto de informações chave que permitem ao analista saber quando focar apenas na própria unidade de decisão para entender a tomada de uma decisão de política externa e quando procurar fora da unidade fatores que influenciarão a decisão” (HERMANN; HERMANN, 1989, p. 364, tradução nossa¹⁶). Essas informações são como variáveis chave de controle, capazes de mostrar quais outros elementos devem (ou não) entrar no cálculo de decisão para aquela unidade.

O primeiro tipo de unidade de análise abordada por Hermann e Hermann é a do líder predominante. Processos decisórios conduzidos nesse tipo de unidade, como o próprio termo indica, são concentrados no indivíduo. Nesses casos, um único indivíduo tem tanto o poder de fazer a escolha sobre determinado assunto quanto de reprimir oposições. Importante destacar que as variáveis de controle que incidem nesse tipo de unidade de decisão são pautadas pela sensibilidade contextual do próprio líder. Isso implica dizer que as escolhas do tomador de decisão são influenciadas pelo modo como o mesmo recebe determinadas informações, ou seja, se o líder predominante é sensível ou não aquele tema/informação. Conforme explicitado por Hermann e Hermann, “as orientações indicam quão sensível o líder será aos conselhos e informações do ambiente ao tomar uma decisão de política externa” (HERMANN; HERMANN, 1989, p. 368, tradução nossa¹⁷).

Os autores identificam que as decisões também podem ser tomadas por múltiplos atores autônomos. Nesse tipo de unidade de decisão, entidades múltiplas, compostas por autoridades

¹⁶ “[...] a key piece of information enables the analyst to know when to focus only on the decision unit itself to understand the making of a foreign policy decision and when to look outside the unit for factors that will influence the decision” (HERMANN; HERMANN, 1989, p. 364).

¹⁷ “Most important for purposes of the present discussion, orientations indicate how sensitive the leader will be to advice and information from the environment when making a foreign policy decision” (HERMANN; HERMANN, 1989, p. 365).

independentes (que, individualmente, possuem poder suficiente de comprometer o processo decisório) compõem a dinâmica de escolha. Segundo Hermann e Hermann:

Para ser um dos atores do conjunto classificado como unidade de decisão última, um grupo, organização ou indivíduo deve ser capaz de dar ou recusar apoio que, quando combinado com o apoio (ou falta dele) dos demais atores, seja suficiente para determinar se os recursos do regime serão alocados (HERMANN; HERMANN, 1989, p. 368, tradução nossa¹⁸).

Nesse tipo de unidade de decisão, os atores envolvidos podem pautar uma dinâmica de quatro maneiras: de modo conflituoso ao tentar bloquear iniciativas de outros atores; ameaçando retirar sua participação em coalizões governantes ou retendo recursos necessários para se chegar a uma escolha; ou promover contramedidas prejudiciais aos atores envolvidos (HERMANN; HERMANN, 1989). Para os autores, um processo decisório conduzido por um conjunto de múltiplos atores autônomos não existe grupo ou indivíduos superiores capazes de realizar escolhas de modo independente, tampouco de reverter decisões coletivas. Neste sentido, “representantes de múltiplos atores autônomos podem interagir, desde que qualquer decisão resultante não seja oficial, a menos que seja aprovada por cada parte constituinte” (HERMANN; HERMANN, 1989, p. 368, tradução nossa).

O processo decisório também pode ser conduzido por um grupo único, onde as decisões são formuladas por consenso. Nesse caso, os atores envolvidos pactuam concordar ou discordar de uma determinada pauta ou informação. Segundo Hermann e Hermann:

[...] para ser unidade de decisão final, um único grupo não precisa ser legal ou formalmente estabelecido como um agente autorizado. Em vez disso, deve ter, na prática, a capacidade de fato de comprometer ou reter recursos sem que outra unidade se envolva voluntariamente na reversão ou modificação de sua decisão (HERMANN; HERMANN, 1989, p. 367, tradução nossa¹⁹).

Nesse tipo de unidade de decisão, todos os indivíduos participam de um mesmo órgão/grupo e interagem para tomam as decisões. Além disso, é possível que existam membros do grupo com maior peso na formação das decisões e membros menos essenciais, ainda que façam parte do

¹⁸ “To be one of the actors in the set classified as the ultimate decision unit, a group, organization, or individual must be capable of giving or withholding support that, when combined with the support (or lack thereof) from the other actors, is sufficient to determine whether regime resources will be allocated” (HERMANN; HERMANN, 1989, p. 368).

¹⁹ “To be an ultimate decision unit a single group does not have to be legally or formally established as an authoritative agent. Instead, it must have, in practice, the de facto ability to commit or withhold resources without another unit engaging at will in the reversal or modification of its decision” (HERMANN; HERMANN, 1989, p. 367).

mesmo grupo único. Nesses casos, se pode “reconhecer a existência de um subgrupo que exclui essas pessoas [membros menos essenciais]” (HERMANN; HERMANN, 1989, p. 367, tradução nossa²⁰).

Após exporem as principais características que permitem a identificação da natureza de uma unidade de decisão, Hermann e Hermann descrevem como cada unidade última de decisão pode moldar comportamentos em matéria de política externa. Para os autores, quanto mais completas e independentes forem as unidades de decisão, menores serão as limitações do processo decisório. Como resultado, essas unidades tendem a produzir comportamentos extremos de política externa, sejam eles pautados por ações de alto comprometimento com as agendas externas ou o oposto (HERMANN; HERMANN, 1989). Neste sentido, afirmam os autores:

[...] nossa opinião que as unidades de decisão independentes são menos afetadas pelos aspectos distintivos do problema imediato do que suas contrapartes influenciáveis externamente. Unidades autocontidas tendem a ter fortes crenças predeterminadas sobre como lidar com quase todas as situações internacionais ou estão tão absortas em lidar com a dinâmica interna e a política dentro da unidade de decisão que ignoram as características particulares de qualquer problema ou interesses externos envolvidos (HERMANN; HERMANN, 1989, p. 373, tradução nossa²¹).

Isso não significa que unidades de decisão dessa natureza estejam sempre alheias às demandas políticas que permeiam as situações demandantes de posicionamento, mas sim indicam que são capazes de definir um curso de ação mais simples, deixando em segundo plano complicações situacionais (HERMANN; HERMANN, 1989). Também indicam que suas posições tendem a refletir fortes convicções e a confiança no que deve ser feito em resposta aos problemas. No caso do grupo único, quando propensos ao consenso imediato, essa dinâmica tende a dar origem a ações e comportamentos mais conflituosos ou de potencial mais confrontante do que as unidades mais sensíveis às variáveis externas.

Em suma, Hermann e Hermann contribuem substancialmente para os estudos de APE ao destrincharem as unidades de decisão e como suas dinâmicas podem prever os possíveis comportamentos dos Estados no plano externo.

²⁰ “[...] to recognize the existence of a subgroup that excludes such persons” (HERMANN; HERMANN, 1989, p. 367).

²¹ “We hypothesize that the self-contained decision units are less constrained by the complexities and nuances of the specific setting in which they find themselves than the externally influenceable units and, as a result, on balance are more likely to engage in extreme foreign policy behavior. By extreme behavior we mean both very minimal activity as well as assertive, highly committed actions. In general, it is our contention that the self-contained decision units are less affected by the distinctive aspects of the immediate problem than their externally influenceable counterparts” (HERMANN; HERMANN, 1989, p. 373)

Conforme veremos adiante, esta pesquisa tende a corroborar com a hipótese de os autores sobre processos decisórios conduzidos por unidades mais completas e independentes resultarem em comportamentos extremos em matéria de política externa. Neste sentido, utilizamos Hermann e Hermann para: 1) identificar a unidade de decisão sobre o controle do tabaco no Brasil como um grupo único; 2) para mostrar que a unidade decisória para o controle do tabaco no Brasil é uma unidade completa e independente, que compartilha fortes convicções acerca do tema e opera por consenso; 3) que esse consenso produz ações extremas de política externa, ou seja, resulta no alto engajamento brasileiro com a agenda de controle do tabaco. Esse arranjo decisório explica porque os instrutivos da delegação brasileira para as COPs nunca refletiram os interesses da indústria do tabaco, apesar de todo o esforço empreendido na tentativa de influenciar o processo decisório.

3.3.2 A CONICQ enquanto unidade última de decisão

Conforme exposto anteriormente, os cenários de interação indicaram a predominância do caráter universalista da saúde na política externa brasileira entre 2003 e 2015. A partir de 2016, esse cenário começa a se modificar mediante a transição do governo brasileiro. A chegada de Michel Temer representou uma ressignificação das políticas públicas de saúde e do papel do Estado enquanto provedor desse direito social. Mas foi sob a presidência de Jair Bolsonaro que os caminhos de interação entre saúde e política externa foram dificultados.

O que explica, então, o cumprimento das demandas da CQCT da OMS por parte do governo brasileiro em períodos de redução da interação entre saúde e política externa? Apesar da mudança, esta pesquisa traz evidências de que a estrutura decisória para o controle do tabaco não foi fortemente modificada, ainda que as tentativas tenham oferecido ameaças, como por exemplo, a continuidade dos trabalhos da SE-CONICQ mediante a realização da Nona Conferência das Partes da OMS. Isso implica dizer que as decisões no contexto das COPs seguiram sendo formuladas com base na superioridade dos temas de saúde global em detrimento dos interesses da indústria e dos argumentos econômicos, bem como pelo protagonismo de atores conectados a esse direito social.

O controle do tabaco é um dos temas de saúde global que exemplifica a perspectiva da saúde como política externa, e a análise do processo decisório é o caminho ideal fornecido pelo campo da APE para nos ajudar a entender como os tomadores de decisão e a comunidade epistêmica antitabagista sustentam o tema na política externa brasileira e o impedem de

sucumbir frente aos interesses da indústria do tabaco. O conjunto de valores que esses atores compartilham e a forma como se organizam para produzir o documento norteador da delegação brasileira para as COPs e MOPs indicam que existe um arranjo ideal no contexto do controle do tabaco orientado para desconsiderar os interesses da indústria no processo decisório, que se repete a cada biênio, e que sustenta o Brasil como ator comprometido com a agenda na cena internacional. A constatação é sintomática de que somente é possível entender a atuação do Brasil no nível sistêmico quando esmiuçada a dinâmica da unidade de decisão, reforçando a importância da APE para os estudos de Ciência Política e Relações Internacionais.

Para além das atribuições internas da CONICQ enquanto órgão articulador de políticas públicas de saúde, também fica a cargo da comissão a coordenação do processo decisório pelo controle do tabaco mediante a realização das COPs e MOPs da OMS. Algumas características da dinâmica do processo decisório em questão nos permitem identificar a CONICQ enquanto unidade última de decisão e como um grupo único que opera através de consenso. Também deve-se considerar a existência de um subgrupo dentro da CONICQ capaz de orientar o processo decisório através da garantia de um conjunto de valores que o protegem da interferência da indústria, ou seja, sua própria secretaria executiva.

Conforme abordado no capítulo um, meses antes da realização das COPs e MOPs o secretariado da CQCT define a agenda das conferências, elabora e disponibiliza para as Partes os documentos norteadores das discussões em plenária. Vale destacar que tanto a definição da agenda quanto a elaboração dos documentos resultam de reuniões prévias realizadas pelas coordenações das regiões da OMS e mesas diretoras das COPs e MOPs que, por seu turno, se orientam através dos relatórios entregues pelas Partes e eventuais grupos de trabalho. Se o ponto de agenda não é novo em plenária, os documentos geralmente relatam um histórico sobre como determinado tema foi tratado nas conferências anteriores. Em caso de primeira abordagem, geralmente são expostos os motivos para a contemplação de determinado tema na agenda. Neste sentido, cada ponto de agenda exige das Partes um posicionamento.

Assim que divulgada a agenda da COP e seus respectivos documentos, tem início o processo de preparação da delegação brasileira, o que implica decidir sobre cada item de agenda. O processo decisório é consolidado com a elaboração de um documento oficial que serve de instrutivo à delegação. O processo de formulação do posicionamento brasileiro se divide da seguinte maneira: 1) fase de elaboração e distribuição do primeiro esboço do instrutivo da delegação brasileira para os membros da CONICQ; 2) fase de realização de reuniões de fechadas; 3) fase de realização de reuniões abertas à sociedade civil; 4) Fase de

concertação. Destaque deve ser dado à Secretaria Executiva da CONICQ enquanto órgão inteiramente responsável pela condução das quatro fases que compõem tal processo decisório.

Fez-se necessário, portanto, analisar as atas das reuniões da CONICQ para destrinchar o que ocorre em cada uma das fases do processo decisório sobre o controle do tabaco no Brasil. De antemão, podemos afirmar que o conteúdo dessas atas mostra como a CONICQ, operando através de consenso, consegue evitar que processos de interferência iniciados no plano doméstico comprometam a posição do Brasil na Convenção-Quadro. De um modo geral, a CONICQ opera para garantir que a interferência promovida no nível doméstico – como a cooptação de parlamentares e as articulações diretas com o Poder Executivo pela paralisação das políticas de controle – não contamine as decisões brasileiras no plano externo. De 2006 a 2021 foram realizadas 53 reuniões ordinárias da CONICQ, sendo que nem todas tiveram como objetivo primordial deliberar sobre as COPs e MOPs. Logo, esta pesquisa se concentrou em analisar apenas as atas das reuniões ocorridas em ano de COP e MOP. Eventualmente, foi necessário recorrer a atas de anos anteriores para manter o compromisso com a cronologia dos fatos. Também foram avaliadas atas de reuniões ocorridas com grupos de pressão da indústria, como o SINDIFUMO.

Na fase de elaboração e distribuição do primeiro esboço do instrutivo da delegação brasileira, a secretaria executiva traduz e sintetiza todos os documentos da COP e da MOP a fim de ampliar o acesso às informações disponibilizadas pelo secretariado sobre cada ponto de decisão. Tanto a tradução quanto a síntese desses documentos são de grande relevância neste contexto porque reduzem eventuais barreiras técnicas entre atores com potencial de contribuir com informações capazes de qualificar as ações brasileiras. Nessa primeira leitura dos documentos da OMS também fica a cargo da Secretaria Executiva a identificação da interseção entre os pontos de agenda e os membros da CONICQ, bem como a solicitação de pareceres técnicos e sugestões de ação. Quanto mais técnico e específico o tema, maior a necessidade de direcionar as discussões aos atores especializados – como ocorre, por exemplo, com temas relacionados a levantamento de evidências sobre os efeitos de substâncias presentes nos cigarros (que envolvem diretamente a ANVISA); ou sobre os impactos da elevação de alíquotas de impostos sobre produtos de tabaco (que demandam o parecer da Receita Federal), dentre outros.

Após a elaboração do primeiro esboço do documento oficial, tem início a fase de realização das reuniões fechadas entre os membros da CONICQ onde, de fato, a busca por consenso sobre os pontos de agenda é iniciada. O número de reuniões convocadas em ano de COP e MOP geralmente varia de acordo com a complexidade dos temas da agenda e com as

tentativas de interferência da indústria. Neste processo, tanto os grupos de pressão instrumentalizados pela indústria quanto os parlamentares cooptados e financiados por ela tentam incessantemente pressionar os tomadores de decisão pertencentes à CONICQ.

Dentre os casos emblemáticos registrados em atas destacamos o contínuo retraimento das ações do MDA por força da indústria. O ministério em questão – responsável por conduzir o Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco (PNDACT) – foi fortemente pressionado a encerrar a iniciativa e teve seus recursos reduzidos (LUCAS; BRACAGIOLI, 2021).

Na etapa de realização das reuniões abertas são convidados a participar do processo decisório atores como ONGs, sociedades médicas e a sociedade civil, ainda que sem a atribuição de decidir sobre os pontos da agenda. Nesse espaço, os atores convidados buscam influenciar os tomadores de decisão. Também se fazem presentes, agora diretamente, os atores que advogam em favor da indústria, ou seja, parlamentares, grupos de pressão como o SINDIFUMO, dentre outros.

Após a contribuição dos atores externos à unidade última de decisão, é convocada uma última reunião de concertação para concatenar todos os pontos de decisão a serem incluídos no instrutivo da delegação brasileira. Os membros da CONICQ novamente se reúnem para as últimas deliberações.

Em todos estes anos, desde a implementação da CQCT no Brasil, coube à Secretaria Executiva da CONICQ o papel de estruturar as pautas de discussão do órgão de modo a: 1) recobrar os tomadores de decisão de que a saúde deve ser o princípio norteador e ter peso prioritário; 2) identificar possíveis canais de interferência da indústria e exortar os atores a desenvolver estratégias para mitiga-los; 3) garantir que as decisões sejam tomadas para atender às exigências impostas pelo tratado da CQCT; 4) estimular que as decisões não apenas representem o cumprimento mínimo das obrigações do Brasil com o tratado, mas que também reflitam a competência dos atores envolvidos na proposição de ações criativas e inovadoras.

A busca por consenso nas reuniões da CONICQ, neste sentido, esteve fortemente pautada na expertise da Secretaria Executiva, órgão de maior interface com todos os membros da CONICQ e com o Secretariado da CQCT. Conforme abordado anteriormente, a CONICQ foi estruturada em um período caracterizado pela intensidade da interação entre saúde e política externa. Isso implica dizer que o processo decisório para as primeiras COPs se deu nas melhores condições conceituais e financeiras possíveis. Tanto existia orçamento para projetos internacionais na área da saúde quanto o interesse dos tomadores de decisão em executar tais ações, considerando o já citado vínculo desses atores domésticos com os valores de saúde

universal. Como consequência da alta interface entre saúde e política externa, entre 2006 e 2010, o trabalho da Secretaria Executiva foi marcado pelo perfil burocrático, de concatenação de ideias comuns compartilhadas entre seus membros.

Com a redução da interação entre saúde e política externa, ocorrida entre 2010 e 2015, até a redução completa, entre 2016 e 2021, o perfil de atuação da Secretaria da CONICQ se modificou. Dado o cenário de limitação financeira para a execução dos projetos internacionais e das próprias reuniões do órgão, a Secretaria Executiva passou a trabalhar ativamente pela própria sobrevivência e manutenção dos trabalhos da CONICQ. Sobre tal reorientação de papéis, segue uma importante declaração da Dr^a. Tânia Cavalcante, à época, secretária executiva da CONICQ:

A Sra. Tânia Cavalcante complementou que uma das responsabilidades da CONICQ é proteger a política nacional da interferência da indústria do tabaco, em função de todo histórico de *modus operandi* evidenciados em seus documentos internos que vieram a público devido a litígios em outros países. [...] Complementou ainda que é na CONICQ que se dá a convergência das políticas de outros setores relacionados ao cumprimento das obrigações da Convenção. E exemplificou com o tema dos impostos sobre cigarros, sinalizando que embora seja bastante sensível, hoje a Receita Federal tem um olhar muito alinhado com a implementação da Convenção-Quadro. Ainda ressaltou que o momento político hoje é desfavorável para retomar essa discussão. Acrescentou ainda que a CONICQ é o espaço formal para convergir coerência entre os diferentes órgãos do governo com a Política Nacional de Controle do Tabaco, e que essas discussões são embasadas em evidências científicas e em análises do panorama político e social, o que dá um caráter permanente a essa discussão (CONICQ, 2019).

A fala da Dra. Tânia ajuda a ilustrar o papel da Secretaria Executiva em recobrar os demais membros da unidade de decisão sobre o compromisso perene da CONICQ com o tratado da OMS independentemente da orientação impressa pelo governo federal na política externa. O controle do tabaco deixou de ser uma pauta conectada às prioridades do governo e passou a ser conduzido especialmente pelo ordenamento burocrático estruturado na figura da Secretaria Executiva.

Os projetos desenvolvidos pela CONICQ passaram a depender não apenas dos orçamentos próprios dos Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores, mas também dos Termos de Cooperação Técnica com a OPAS e dos projetos da Secretaria Executiva da CONICQ com organizações como a *Bloomberg Philanthropies* e *The Union*. Ainda que burocracias especializadas como a CONICQ se encarreguem de conduzir processos decisórios e manter as ações em curso, a ausência do engajamento do governo interferiu negativamente em algumas esferas. No caso da CONICQ podemos utilizar como exemplo a dessensibilização das pastas que compõem órgão ao longo do tempo.

Tabela 2 - Presença de representantes dos órgãos da CONICQ nas reuniões

	Frequência da presença nas reuniões	Frequência da mudança de representantes
Secretaria Executiva da CONICQ (INCA)	36	0
MS - AISA	34	10
MRE	31	9
MDA	30	8
Anvisa	29	12
MAPA	28	8
MEC	27	7
Vice-presidente (diretor - INCA)	22	3
MJ	21	3
MDIC	21	3
MC	21	5
MS - SVS	20	5
Casa Civil	19	1
MTE	17	5
MCT	17	7
MF	16	0
Senad	13	3
MMA	11	2
AGU	11	4
Presidente – Ministro da Saúde	10	3
MS - CONJUR	5	1
MS - ASCOM	3	2
MPOG	3	1
MS - SAS	2	0
MS - SGSAT	2	0

Fonte: PORTES, 2020.

Com base na frequência com a qual os membros da CONICQ enviaram representantes para as reuniões ordinárias Leonardo Portes (2020) elaborou um gráfico para identificação dos tomadores de decisão mais assíduos. Através dele, foi possível identificar, além da assiduidade do Ministério da Saúde, outros quatro órgãos de constante participação nas reuniões decisórias: MRE, MDA, ANVISA e MAPA. Conforme registrado pelas atas analisadas, o comprometimento desses cinco órgãos no processo decisório está diretamente conectado a três tendências das COPs desde 2006, que são: o debate técnico-científico acerca dos malefícios do tabaco e da nicotina – tema de competência da ANVISA no plano doméstico; e a necessidade de avançar nas políticas de diversificação das áreas de plantio de fumo nos países produtores – tema estreitamente conectado aos MDA e MAPA; discussão sobre o orçamento do biênio da CQCT.

Sendo a CONICQ uma unidade de decisão composta por 18 órgãos ministeriais, vale questionar se todos esses atores possuem o mesmo interesse pela pauta do controle do tabaco. Com base nas atas das reuniões do órgão, identificamos que apesar do número de atores envolvidos no processo decisório, nem todos os atores possuem o mesmo peso nas decisões. Isso implica dizer que a resistência por parte de determinado membro do grupo não compromete a chance de consenso. Atores para temas específicos e atrelados a um menor número de artigos da CQCT sequer participam ativamente das reuniões. Quando marcam presença, tendem a acompanhar as recomendações dos demais membros da unidade decisória.

Dado o período de baixa interação entre saúde e PEB – ideal para ilustrar o papel de destaque da Secretaria Executiva da CONICQ na sustentação do controle do tabaco na PEB – outros imbróglis continuaram a ocorrer no âmbito do grupo como exemplo. Próximo da realização da COP 8, durante a 53ª Reunião Ordinária da CONICQ, em 2017, chegou ao conhecimento dos membros da CONICQ de que a Organização Internacional do Trabalho (OIT) estava interessada em manter uma parceria global, já iniciada, com a *Japan Tobacco International*, intitulada Projeto *Arise*. O projeto em questão tinha como objetivo “reduzir as piores formas de trabalho infantil nas comunidades produtoras de tabaco na Zâmbia” (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2023). Conforme disposto na página do projeto no *website* da Organização:

Com financiamento da *Japan Tobacco International* (JTI), o IPEC [Programa Internacional para a Eliminação do Trabalho Infantil] está implementando um programa de apoio direcionado para reduzir as piores formas de trabalho infantil nas comunidades produtoras de tabaco na Zâmbia. O projeto visa avançar no objetivo do IPEC de eliminação progressiva do trabalho infantil em todo o mundo, tendo como prioridade urgente a erradicação das piores formas. O Projeto apoia a implementação da estratégia da JTI para reduzir o trabalho infantil nas comunidades produtoras de tabaco na Zâmbia e o programa JTI ARISE (Achieving Reduction of Child Labour in support of Education), implementado em colaboração com a Winrock International. Ao promover o acesso à educação de qualidade, aumentar a conscientização e mobilização social e o empoderamento econômico nas comunidades produtoras de tabaco, bem como estruturas regulatórias aprimoradas, o projeto baseia-se na longa experiência da OIT-IPEC na Zâmbia na promoção de iniciativas sociais sustentáveis lideradas pela comunidade e pelo país. progresso na eliminação do trabalho infantil (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2023).

Conforme abordado no capítulo dois, a responsabilidade social corporativa é uma das estratégias utilizadas pela indústria do tabaco para atenuar publicamente os danos gerados por suas atividades. O tema levantou a preocupação dos membros da CONICQ – especialmente da Secretaria Executiva e do MRE – atentos à estratégia da indústria e à execução do projeto na região sul do Brasil. Consta em ata que a então secretária executiva da CONICQ, Dr^a. Tânia

Cavalcante, solicitou que o tema fosse novamente debatido no âmbito da CONICQ após a realização do Conselho Administrativo da OIT, considerando a possibilidade de inclusão de tal tema nas discussões da COP 8. Conforme sustentado ao longo desta pesquisa, mesmo com toda mudança de orientação da PEB, a CONICQ seguiu deliberando com base na superioridade da saúde pública em relação a outros temas de interesse governamental. Na esteira das funções da CONICQ, especialmente no papel da SE-CONICQ em identificar os canais de interferência da indústria e garantir que o órgão tome decisões voltadas para a mitigação das interferências, o órgão deliberou que o Brasil levasse a discussão para o plenário da COP 8, defendendo a necessidade de encerramento de tal parceria. Além de a delegação levar, de fato, o tema para o plenário, também defendeu que fosse criado um fundo, em substituição ao financiamento da indústria, para garantir a continuidade das ações previstas no projeto Arise. Todas, decisões tomadas em consenso em reunião ordinária da CONICQ.

O delicado tema de diversificação da agricultura também ilustra a função da Secretaria Executiva em orientar os debates na direção da proteção do controle do tabaco. Apesar do fim do programa representar um grande retrocesso para o controle do tabaco, a CONICQ manteve o seu compromisso com o tratado enquanto órgão decisório de defender o reforço das ações de diversificação. Até que o programa fosse encerrado, a secretaria executiva da CONICQ manteve intenso diálogo com parlamentares e membros de outros órgãos do governo envolvidos. Desse modo o embate deixa a esfera da PEB e passa para o nível doméstico, expondo uma disputa intraburocrática entre a CONICQ e as casas legislativas. Consta na ata da 57ª Reunião Ordinária da CONICQ que a postura resistente do MAPA foi superada pela prevalência das recomendações do tratado, conforme indicado no trecho abaixo:

Acerca da decisão relativa à implementação dos artigos 17 e 18, proposta apresentada pelo Brasil, decidiu-se que as Partes seriam convidadas a fortalecer a implementação desses artigos para proteger os fumicultores e bloquear as interferências da indústria, trabalhando em colaboração com outros atores para mitigar os danos ambientais, bem como ampliar a conscientização pública sobre os danos ambientais terrestres e marítimos (CONICQ, 2018).

De um modo geral, é possível afirmar que a assimilação do valor da ciência e do caráter universalista pela CONICQ permitiu que os temas de controle do tabaco fossem tratados sempre de modo a sobrepor a saúde pública em detrimento dos interesses econômicos. Com base em Hermann e Hermann (1989), esses são os valores primordiais sob os quais a unidade de decisão opera, sendo possível então, caracterizá-la como um grupo único. Ou seja, a CONICQ é um grupo que, apesar das divergências, busca alcançar as decisões através do consenso sobre a

superioridade dos temas de saúde pública. Esse consenso, por seu turno, produziu até hoje ações extremas voltadas para o fortalecimento da CQCT da OMS, independente da dificuldade enfrentada pela saúde no plano doméstico, conforme abordado na seção anterior. Apesar dos governos terem reduzido drasticamente a capacidade de interação entre saúde e política externa, a CONICQ continuou operando para garantir o cumprimento das obrigações com o tratado da CQCT.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa buscou mostrar o lugar ocupado pelo controle do tabaco na política externa brasileira a partir do esforço global de ressignificação do tabagismo. A análise considerou eventos anteriores a 2005, ano de entrada em vigor do tratado da CQCT da OMS, mas esteve especialmente direcionada ao período de implementação do tratado já ratificado pelo estado brasileiro. A investigação partiu da constatação inicial de que, entre 2005 e 2021, a sustentação do controle do tabaco na agenda da PEB ocorreu de modo orgânico, porém independente da importância atribuída pelos governos deste período aos temas de saúde. Isso implica dizer que mesmo tendo a saúde atravessado períodos de baixa na PEB, o controle do tabaco seguiu contemplado e apresentou resultados ótimos, ainda que seja necessário reconhecer as perdas ocorridas neste meio tempo. Por resultados ótimos entendemos: 1) o afastamento da indústria do tabaco do espaço decisório da PEB; e 2) o reconhecimento da comunidade internacional sobre o engajamento do Brasil enquanto Estado Parte da CQCT da OMS. Tanto as menções ao Brasil nos Relatórios de Progresso Global da OMS quanto os registros em atas de reuniões da CONICQ - órgão responsável pelas decisões em matéria de implementação doméstica e política externa - ajudam a comprovar tais resultados.

Por perdas, entendemos a dificuldade enfrentada pela própria CONICQ de, no plano externo, tomar decisões de modo a representar a proatividade e o comprometimento do governo brasileiro e, no plano interno, de transformar as recomendações do tratado em políticas públicas de saúde, encontrando resistência especialmente nos setores e órgãos de governo reconhecidos por possuírem interface com a indústria do tabaco. Sustentamos que tais perdas ocorreram ao longo do processo, especialmente a partir do governo de Michel Temer, mas que não foram capazes de comprometer os resultados do Brasil perante a Convenção-Quadro.

Esta pesquisa parte da premissa de que o controle do tabaco é apenas um dos diversos subtemas do grande guarda-chuva da saúde. E dada a infinidade de temas aos quais os Estados respondem, a saúde também é apenas um grande guarda-chuva de subtemas dentre tantos que exigem ação política dos Estados. Cada Estado, por sua vez, possui autonomia para definir suas prioridades de ação, e o modo como essa escolha ocorre varia de caso a caso. Dada a extensão da pesquisa, não foi possível analisar em profundidade como os governos definem os eixos prioritários de suas políticas externas, nem mesmo no caso brasileiro, apesar da relevância do assunto. Por ora, a pesquisa partiu da premissa de que essas variações existem e podem

comprometer a condução de determinadas ações no plano externo, deixando aberta a possibilidade para trabalhos futuros.

A literatura abordada por esta pesquisa indica que existe uma dificuldade por parte dos Estados de atribuir prioridade à saúde em matéria de política externa - resultado da supervalorização histórica dos temas essencialmente materiais, econômicos e de segurança. A partir de tal constatação foi feita uma investigação para descobrir se, no caso brasileiro, o aumento ou redução da prioridade da saúde na política externa ao longo dos anos de implementação da CQCT comprometeram as ações de controle do tabaco. Foram analisadas as políticas externas dos presidentes Lula da Silva, Dilma Rousseff, Michel Temer e Jair Bolsonaro. A ordem cronológica dos governos coincidentemente também indica, do maior para o menor, a relevância dos temas de saúde na PEB.

Conforme abordado no capítulo inicial, o primeiro grande estímulo para que o controle do tabaco se tornasse um tema de política externa foi a ressignificação do tabagismo no plano global. Essa ressignificação foi caracterizada pela mudança de entendimento do tabagismo enquanto problema doméstico de saúde pública dos Estados para um desafio global, bem como pela multiplicação de ações responsivas conjuntas dos Estados e pela inclusão de múltiplos atores na busca por soluções. Mediante a atribuição do peso de epidemia global ao tabagismo, a CQCT da OMS tomou forma, saiu do papel e passou a orientar as ações dos Estados por meio de uma dinâmica normativa própria.

Para além dos Estados enquanto atores tradicionais da política internacional, estiveram envolvidos neste processo organizações não-Governamentais nacionais e internacionais, a comunidade acadêmica e científica, bem como a sociedade civil organizada. Esta constatação é sintomática sobre a existência de uma comunidade epistêmica antitabagista, a qual auxiliou fortemente em todo o processo de ressignificação do tabagismo tanto na produção de dados científicos acerca dos malefícios do tabaco para a saúde quanto na propagação desses dados entre tomadores de decisão e a sociedade, de um modo geral.

De um modo geral, o controle do tabaco não se desenvolveu como um tema a ser exclusivamente conduzido pelos canais e atores tradicionais da diplomacia. Dada a complexidade técnica da pauta, trabalharam conectados aos diplomatas e chefes de Estado médicos, sanitaristas, cientistas, dentre inúmeros outros profissionais da saúde, muitos deles dotados de longa experiência profissional no controle do tabaco. Para além de suas ações pelo controle do tabaco no plano doméstico, esses profissionais também subsidiaram o processo de negociação do tratado da CQCT através do preenchimento técnico dos corpos diplomáticos sobre a pauta, ajudando as delegações dos Estados no estabelecimento de prioridades e metas

alcançáveis alinhadas às capacidades e aos desafios internos de cada Estado. Esses profissionais integravam (e ainda integram) o que, hoje, conhecemos como comunidade epistêmica antitabagista.

A comunidade epistêmica antitabagista se formou e se consolidou fortemente no Brasil através dos anos. Conforme abordado ao longo desta pesquisa, é possível atribuir a esse grupo o fato de o país carregar para o plano de discussão internacional experiências e medidas robustas de controle do tabaco antes mesmo da assinatura e ratificação do tratado, ou seja, antes dos artigos serem internalizados pelo direito brasileiro através do artigo 5º da Constituição Federal de 1988. Dentre as medidas citadas, relembramos a entrada em vigor da lei de restrição de propaganda de produtos de tabaco, de 1996, bem como a portaria interministerial de estímulo à implantação de programas de incentivo a ambientes livres do fumo, de 2002. O sucesso da negociação do tratado da CQCT também é fortemente vinculado ao Brasil e ao papel de liderança do órgão negociador desempenhado, que contou com representantes oriundos da comunidade epistêmica antitabagista.

Esta pesquisa não aborda em profundidade o surgimento da comunidade epistêmica antitabagista no mundo e não o faz por um motivo: tanto as características de formação dos profissionais que a compõem quanto o seu envolvimento na política externa varia de Estado para Estado. Seria exaustivo e fugiria do escopo deste trabalho - que é a política externa brasileira - abordar os diferentes contornos que tal grupo pode assumir. Para analisar o caso brasileiro, basta que se reconheça sua existência, que se conheçam algumas características comuns gerais, bem como o seu papel fundamental na ressignificação do tabagismo e na ascensão do controle do tabaco enquanto pauta de agenda global. Sobre tais premissas, adentramos nas particularidades do caso brasileiro para descobrir que, em matéria de política externa para o controle do tabaco, tomadores de decisão e membros da comunidade epistêmica antitabagista são praticamente indissociáveis.

Com o estabelecimento da CQCT da OMS, o Brasil tratou de iniciar a implementação do tratado pelo artigo 5.2, ou seja, criando um mecanismo de coordenação nacional da Convenção - a CONICQ. Ao atribuir a presidência do órgão ao Ministério da Saúde e, especialmente, a Secretaria Executiva ao Instituto Nacional de Câncer, o governo brasileiro transformou membros da já consolidada comunidade epistêmica antitabagista em tomadores de decisão sobre os assuntos do tratado, selando metas políticas e crenças causais na saúde e na ciência ao órgão decisor. Dentre os valores fortemente compartilhados por tais atores está o direito universal à saúde. Fortaleceram-se, a partir daí, o vínculo entre as redes de especialistas e os formuladores de política externa, bem como o compromisso constante com a pauta.

De um modo geral, a politização dos temas, das agendas de política externa foi resultado da pluralidade de atores que chegou à arena decisória da PEB e gerou, conforme apontado por Milani e Pinheiro (2013), a quebra do monopólio da ação diplomática pelo Itamaraty e da tese da continuidade da PEB, levando em consideração que nenhuma composição institucional nesse campo é permanente. Entretanto, não se pode considerar que a democratização da arena e do processo decisório tenha gerado uma perda drástica de relevância por parte do Itamaraty ou que este ministério tenha sido plenamente substituído enquanto ator tradicional da PEB. O que ocorre, neste contexto, é uma adaptação do Itamaraty ao fenômeno da democratização, caracterizada principalmente pela aquisição da função de coordenação dessa nova rede de atores. Esse arranjo mais interativo entre o Itamaraty e demais atores não tradicionais da PEB confere maior legitimidade às decisões e aumenta a chance de êxito da política no plano externo. O Itamaraty segue tendo especial relevância, mesmo com a acentuação da democratização do processo decisório da PEB, uma vez que a instituição ainda detém o poder de chancela sobre as decisões políticas de Estado, conforme apontado por Milani e Pinheiro (2013). Neste sentido, o MRE ainda figura entre as organizações de peso na condução dos procedimentos burocráticos da tomada de decisão no campo da política externa para o controle do tabaco, apesar da predominância do Ministério da Saúde.

Este é o ponto chave acerca da definição do modelo de operação da unidade da política externa brasileira que decide sobre o controle do tabaco. Ao mesmo tempo em que a democratização da PEB permitiu que a agenda fosse cuidada de modo mais responsivo por um órgão temático do governo para o assunto do controle do tabaco, também apontou para a possibilidade da abertura de espaço para grupos de interesse demasiadamente exógenos ao processo decisório, que desejam, porém, ampliar seu espaço, como é o caso dos grupos de pressão orientados pela indústria do tabaco. Conforme abordado no capítulo dois, as grandes corporações do tabaco criaram e aprimoraram diversas estratégias ao longo do tempo para dificultar as políticas de controle, das quais destacamos a instrumentalização de grupos de pressão, o *lobby* e o financiamento político.

Ainda assim, a democratização foi um fator fundamental para a consolidação da unidade decisória para as ações externas de controle do tabaco. Conforme abordado por Milani e Pinheiro (2013), a diplomacia da saúde segue sendo uma das áreas de maior consenso na elaboração da política externa, apesar da regra, em meio à nova pluralidade de atores, ser a disputa entre grupos, setores e burocracias estatais. Além de esta pesquisa concordar com a abordagem de Milani e Pinheiro (2013) sobre o consenso na diplomacia da saúde, também acredita que um número maior de participantes no processo decisório permite que determinados

interesses exclusivamente setoriais sejam mais facilmente identificados na mesa de decisão e, conseqüentemente, diluídos ao longo do processo decisório. Isso porque existe um valor norteador por trás de cada decisão: a necessidade de proteger as políticas públicas de saúde.

Assume-se que a contribuição maior desta pesquisa para os estudos de PEB se dá na identificação da unidade de decisão sobre o controle do tabaco com base no trabalho seminal de Margaret e Charles Hermann, *Who Makes Foreign Policy and How: An Empirical Inquiry* (1989). Nele, Hermann e Hermann estabelecem uma classificação das unidades de decisão em matéria de política externa com base no entendimento de que a autoridade sobre o processo decisório pode ser exercida por um extenso leque de atores presentes no plano doméstico dos Estados. Com base na categorização de Hermann e Hermann é possível entender a CONICQ como a unidade de decisão para a política externa sobre o tema controle do tabaco e que, apesar de sua composição interministerial diversa, opera como um grupo único de atores através de consenso. Este grupo único se sustenta primordialmente na concepção de que as políticas públicas de saúde devem ser protegidas dos interesses da indústria do tabaco, o que explica a propensão ao consenso acerca dos problemas de política externa que exigem decisões.

Conclui-se, portanto, que tal arranjo de processo decisório tem dominado o contexto da elaboração dos instrutivos da delegação brasileira para as COPs e MOPs, tem sido eficiente em afastar as decisões dos interesses da indústria e alcançado resultados ótimos para o Brasil no plano externo. Descarta-se a possibilidade de a unidade de decisão sobre o controle do tabaco ser uma coalizão de múltiplos atores autônomos porque, apesar de sua magnitude, a indústria do tabaco nunca conseguiu adquirir robustez suficiente para sequestrar o processo decisório da PEB e alimentar uma disputa através de sua interferência nos atores que compõem a CONICQ. Nem através de indivíduos nem de grupos de pressão, ainda que as duas estratégias sejam fortemente instrumentalizadas pelas grandes corporações de tabaco. Logo, a indústria é tratada nesta pesquisa como um ator que busca influenciar o processo decisório sem necessariamente possuir ferramentas eficientes para quebrar o vínculo dos tomadores de decisão com a comunidade epistêmica antitabagista.

Muitos são os desafios e perspectivas futuras no campo do controle do tabaco, especialmente os que dizem respeito aos produtos novos e emergentes da indústria, os quais impõem novas dinâmicas de articulação e proteção da saúde pública global. No âmbito técnico-científico esses desafios exigirão cada vez mais esforços e recursos no campo da pesquisa para impedir que a indústria avance mercado afora através do desconhecimento geral sobre os malefícios dos Dispositivos Eletrônicos para Fumar. No campo político, a maior batalha será

sempre impedir que a indústria desvie os tomadores de decisão de trabalhar em favor da saúde pública.

REFERÊNCIAS

- ALCÁZAR, S. A inserção da Saúde na Política Exterior Brasileira. 48º Curso de Altos Estudos do Instituto Rio Branco. Ministério das Relações Exteriores. Brasília: Instituto Rio Branco; Fundação Alexandre de Gusmão; Curso de Altos Estudos, 2005.
- ALEBSHEHY, R.; CARBALLO, M.; CHAMBERLAIN, P.; LAURENCE, L.; VIOLINI, M. Dirty tricks: exposing tobacco industry efforts to undermine LMICs and the Framework Convention on Tobacco Control. *Medicus Mundi Switzerland Bulletin*, 160. Disponível em: <https://www.medicusmundi.ch/en/advocacy/publications/mms-bulletin/fighting-tobacco-in-lmic/kapitel-2/how-an-international-convention-can-help-lmic>. Acesso em 12 de julho de 2022.
- ALVES, T. Impasses e estratégias: Convenção-Quadro e controle do tabagismo no Brasil (1986-2005) / Tiago Alves Jaques. – Rio de Janeiro: s.n., 2010. 130 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Orientador: Luiz Antônio Teixeira. Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2010.
- BIALOUS, S. PEETERS, S. A brief overview of the tobacco industry in the last 20 years. *Tobacco Control*. 2012, 21:92. DOI: 10.1136/tobaccocontrol-2011-050395.
- BRANSTON, R. Industry profits continue to drive the tobacco epidemic: A new endgame for tobacco control? *Tobacco Prevention & Cessation*. Rede Europeia para a Prevenção do Tabagismo e do Tabaco, 2021 (junho): 45.
- BRITISH AMERICAN TOBACCO. History. Disponível em: <https://www.bat.com/history#>. Acesso em: 25 de outubro de 2022.
- CASTRO, L.; MONTEIRO, J. Fumicultores advertem: a causa do seu sofrimento é a exploração no trabalho. *Psicologia & Sociedade*, 27(1), 2015. Pp 87-97. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n1p087>. Acesso em: 17 de novembro de 2022.
- CAVALCANTE, T. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Revista de Psiquiatria Clínica*, vol. 32, n. 5, 2005, p. 283-300.
- CORPORATE ACCOUNTABILITY INTERNATIONAL. The Global Tobacco Treaty Protecting Against Tobacco Industry Interference. 2017. Disponível em: https://www.corporateaccountability.org/wp-content/uploads/2017/09/englishtobacco_5.3.pdf. Acesso em: 10 de outubro de 2022.
- ALMEIDA, C. Saúde, Política Externa e Cooperação Sul-Sul. In: BUSS, P; TOBAR, S. *Diplomacia em Saúde e Saúde Global*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2017.
- COLLIN, J.; LEGRESLEY, E.; MACKENZIE, R.; LAWRENCE, S.; LEE, K. Complicity in contraband: British American Tobacco and cigarette smuggling in Asia. *Tobacco Control*, 2004; 13 (Suppl II): ii 104–ii 111. Doi: 10.1136/tc.2004.009357.

- DROPE, J. et al. The Tobacco Atlas. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies, 2018. Disponível em: <https://tobaccoatlas.org/topic/deaths/>. Acesso em: 15 de outubro de 2022.
- ESCOREL, S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Dissertação de mestrado. 1987. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 380 f.
- FARQUHARSON, K. Influencing Policy Transnationally: Pro and Anti-Tobacco Global Advocacy Networks. Australian Journal of Public Administration, vol. 62, n. 4, 2003, p. 80-92.
- FIDLER, David. Health as Foreign Policy: Between Principle and Power. The Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations. 2005. Disponível em: <http://www.repository.law.indiana.edu/facpub/525>. Acesso em: 10 de janeiro de 2023.
- FIDLER, David. Rise and Fall of Global Health as a Foreign Policy Issue. Global Health Governance, Volume IV, No. 2. 2011. Disponível em: <http://www.ghgj.org/DavidFidler.pdf>. Acesso em: 10 abril. 2016.
- GÓMEZ, E; PEREZ, F. A política externa brasileira em saúde durante o governo de Dilma Rousseff (2011-2014). Lua nova, v. 98, 2016. Doi: 10.1590/1413-81232018236.05202018.
- GRIGOROVSKI, P. Estratégias da Souza Cruz em 101 anos: os desafios para a longevidade saudável. 2004. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 441 f.
- HAAS, P. Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination. International Organization, Vol. 46, No. 1. Knowledge, Power, and International Policy Coordination, MIT Press, 1992.
- INSTITUTO DE EFETIVIDADE CLÍNICA E SANITÁRIA. Estimación de carga de enfermedad, carga económica e impacto de los impuestos al tabaco en 8 países de America Latina. Dezembro, 2020. Disponível em: <https://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/Reporte-Metodológico-2020.pdf>. Acesso em: 13 de novembro de 2022.
- INSTITUTO DE EFETIVIDADE CLÍNICA E SANITÁRIA. A importância de aumentar os impostos do tabaco no Brasil. In: PALACIOS, A.; PINTO, M.; BARROS, L.; BARDACH, A.; CASARINI, A.; RODRÍGUEZ CAIROLI, F.; ESPINOLA, N.; BALAN, D.; PERELLI, L.; COMOLLI, M.; AUGUSTOVSKI, F.; ALCARAZ, A.; PICHON-RIVIERE, A. Dez. 2020, Buenos Aires, Argentina. Disponível em: www.iecs.org.ar/tabaco. Acesso em: 15 de outubro de 2022.
- JHA; P.; CHALOUPKA, F. The Economics of Global Tobacco Control. Clinical Review. BMJ, Vol. 321. Agosto de 2000. Disponível em: <https://untobaccocontrol.org/taxation/e-library/wp-content/uploads/2020/01/Ecos-of-global-Jha-and-Chaloupka-2000.pdf>. Acesso em: 05 de agosto de 2022.
- KICKBUSCH, Ilona. Global health diplomacy: how foreign policy can influence health. BMJ Analysis. 2011. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/342/bmj.d3154>. Acesso em 10 de janeiro de 2023. 2016.
- LEE, R. The FCTC and Tobacco Industry. World Medical Journal. N°. 1, Janeiro de 2020, vol. 66. ISSN 0049-8122.

MERRIMAN, D. Understand, measure, and combat tobacco smuggling: tool 7. smuggling. In: YUREKLI, A.; BEYER, J. (Ed.). Economics of Tobacco Toolkit. Washington, DC: Banco Mundial, 2001. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/pt/2013/01/18136691/understand-measure-combat-tobacco-smuggling#>. Acesso em: 14 de julho de 2022.

MILANI, C; PINHEIRO, L. Política externa brasileira: os desafios de sua caracterização como política pública. Contexto Internacional, n. 35, v. 1, junho de 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-85292013000100001>. Acesso em 22 de abril de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Tabagismo. Disponível em: <[https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/tabagismo#:~:text=Quanto%20%C3%A0s%20mortes%20anuais%20atribu%C3%ADveis,cerebral%20\(AVC\)%20\(INSTITUTO%20DE](https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/tabagismo#:~:text=Quanto%20%C3%A0s%20mortes%20anuais%20atribu%C3%ADveis,cerebral%20(AVC)%20(INSTITUTO%20DE)>. Acesso em: 15 de outubro de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ação global para o controle do tabaco: 1º Tratado Internacional de Saúde Pública. 2004. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/inca/acao_global.pdf. Acesso em 10 de outubro de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Convenção-Quadro Para o Controle do Tabaco: texto oficial. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Notas técnicas para o controle do tabagismo: protocolo para eliminar o comércio ilícito de produtos de tabaco da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco. 2016. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/notas-tecnicas-protocolo-para-eliminar-o-comercio-ilicito-de-produtos-de-tabaco-da-convencao-quadro-da-organizacao-mundial-da-saude-2016.pdf>. Acesso em: 15 de agosto de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Comissão Intergovernamental para o Controle do Tabaco do Mercosul e Estados Associados (CICT). 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/atuacao-internacional/comissao-intergovernamental-para-o-controle-do-tabaco-do-mercosul-e-estados-associados-cict>. Acesso em: 11 de outubro de 2022.

MINUSSI, L. A construção social das normas: a origem da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e seus impactos no Brasil. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2012. 130 f.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. Disponível em: <https://icd.who.int/en>. Acesso em: 15 de outubro de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Tabaco. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. Acesso em: 15 de outubro de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global Progress Report. 2007. Disponível em: <https://fctc.who.int/publications/m/item/2007-global-progress-report>. Acesso em: 12 de agosto de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global Progress Report. 2008. Disponível em: <https://fctc.who.int/publications/m/item/2008-global-progress-report>. Acesso em: 12 de agosto de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global Progress Report. 2012. Disponível em: <https://fctc.who.int/publications/m/item/2012-global-progress-report>. Acesso em: 13 de agosto de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation Article 5.3; Article 8; Articles 9 and 10; Article 11; Article 12; Article 13; Article 14. 2013. Disponível em: https://fctc.who.int/docs/librariesprovider12/default-document-library/who-fctc-article-5.3.pdf?sfvrsn=a52de22a_16&download=true. Acesso em: 11 de outubro de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global Progress Report. 2018. Disponível em: <https://fctc.who.int/publications/m/item/2018-global-progress-report>. Acesso em: 13 de agosto de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global Progress Report (MOP 2). 2021. Disponível em: <https://fctc.who.int/publications/i/item/9789240041806>. Acesso em: 12 de outubro de 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Relatório sobre o Controle do Tabaco na Região das Américas 2022. Resumo executivo. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56264>. Acesso em: 14 de outubro de 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Relatório de avaliação final do Termo de Cooperação nº 41 – Cooperação Internacional em Saúde. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/relatorio-avaliacao-final-do-termo-cooperacao-no-41-cooperacao-internacional-em-saude>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2023. ORESKES, N.; CONWAY, E. Merchants of Doubt. Bloomsbury Publishing, 2011.

PARANAGUÁ, J. Cooperação Sul-Sul na Área da Saúde: dimensões bioéticas. 2012. Tese de doutorado. Fundação Oswaldo Cruz, 204 f.

PERES, J.; NETO, M. Roucos e Sufocados: a indústria do tabaco está viva, e matando. Editora Elefante. São Paulo, 2018.

PHILIP MORRIS INTERNATIONAL. Philip Morris China. Disponível em: <https://www.pmi.com/markets/china/en>. Acesso em: 25 de outubro de 2022.

PINTO, M.; UGÁ, M. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6): 1234-1245, jun, 2010. DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600016>.

PORTES, L. Política de Controle do Tabaco no Brasil. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2020.

PORTES, L.; MACHADO, C; TURCI, S.; FIGUEIREDO, V.; CAVALCANTE, T.; SILVA, V. A Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. Ciência e Saúde Coletiva, Vol. 23, No 6. 2018. Doi: 10.1590/1413-81232018236.052020181.

PROKHOROV, A; WINICKOFF, J; AHLUWALIA, J, et al. Youth tobacco use: a global perspective for child health care clinicians. Pediatrics, 2006.

RONDEROS, M. In Latin America, Big Tobacco partners with money launderers, smugglers. Consorcio Internacional de Jornalismo Investigativo. Janeiro, 2001. Disponível em: <<https://www.icij.org/investigations/big-tobacco-smuggling/latin-america-big-tobacco-partners-money-launderers-smugglers/>>. Acesso em: 11 de novembro de 2022.

SALDANHA, P. O papel singular do Brasil durante as negociações da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o controle do tabaco. LVI Curso de Altos Estudos do Instituto Rio Branco, 2011.

SANCHEZ-BADIN, M.; FRANÇA, C. A inserção internacional do poder executivo federal brasileiro. Análises e Propostas. São Paulo: Friedrich-Ebert-Stiftung, 2010.

SIMONOFF, A. La estructura decisoria en materia de política exterior de la primera administración de Cristina Fernández de Kirchner (2007-2011). Apresentação na VII Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata “Argentina en el escenario latinoamericano actual: debates desde las ciencias sociales”, La Plata, 5 al 7 de diciembre de 2012, ISSN 2250-8465. Disponível em: <http://jornadassociologia.fahce.unlp.edu.ar/vii-jornadas-2012/actas/Simonoff.pdf/at_download/file>. Acesso em 27 de abril de 2022.

SOGOCIO, M. O Brasil Adverte: Fumar é Prejudicial à Saúde: Análise do Processo de Ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. 2008. 145 f. Dissertação (Mestrado em Diplomacia) - Instituto Rio Branco do Ministério das Relações Exteriores, Brasília, 2008.

STOP. 2022. What is the Tobacco Industry? Disponível em: <https://exposetobacco.org/news/what-is-the-tobacco-industry/>. Acesso em: 17 de outubro de 2022.

STOP. 2022. Who is ‘Big Tobacco’? Disponível em: <https://exposetobacco.org/news/who-is-big-tobacco/>. Acesso em: 21 de outubro de 2022.

THOMSON, G.; WILSON, N. Global Tobacco Industry. International Encyclopedia of Public Health, Vol. 3, 2 ed. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00463-X>.

TOBACCO ATLAS. Products Sales Disponível em: <https://tobaccoatlas.org/challenges/product-sales/>. Acesso em: 21 de outubro de 2022.

TOBACCO ATLAS. Products Sales Disponível em: <https://tobaccoatlas.org/challenges/product-sales/>. Acesso em: 21 de outubro de 2022.

TOBACCO ATLAS. Taxes. 2022. Disponível em: <https://tobaccoatlas.org/solutions/taxes/>. Acesso em: 10 de outubro de 2022.

TOBACCO-FREE KIDS. Industry Watch FCTC article 5.3. Disponível em: <https://www.tobaccofreekids.org/what-we-do/industry-watch/fctc-article>. Acesso em: 12 de outubro de 2022.

TOBACCO TACTICS. 2020. WHO Definitions of Tobacco Industry Tactics. Disponível em: <https://tobaccotactics.org/wiki/who-definitions-of-tobacco-industry-tactics/>. Acesso em: 17 de outubro de 2022.

VENTURA, D. Public Health and Brazilian Foreign Policy. Revista Sur, v. 10, n.19. (2013), pp 98-117. Disponível em: <http://www.conectas.org/pt/acoes/sur/edicao/19/1000466-saude-publica-e-politica-externa-brasileira>. Acesso em 11 de janeiro de 2023.

VIEGAS, J. Entre as coalizões de defesa e os jogos de dois níveis: a adaptação do processo de estruturação da posição brasileira nas negociações do texto da Convenção-Quadro Para o Controle do Tabaco. 2018. Tese de doutorado. Universidade Candido Mendes. 260 f.

XINZHEN, L. Tobacco Dilemma. Beijin Review. Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.bjreview.com/business/txt/2010-01/26/content_242242_2.htm#:~:text=Reynolds%20Tobacco%20Co.,the%20Chinese%20mainland%20since%201949. Acesso em: 25 de outubro de 2022.

YACH, D. The Malawi Resolution Revisited. Smoke Free World. Disponível em: <https://www.smokefreeworld.org/malawi-resolution-revisited/#:~:text=Resolution%20WHA45.,derived%20from%20the%20tobacco%20industry>. Acesso em: 20 de julho de 2022.