



A ECONOMIA POLÍTICA DO CONTROLE DO TABAGISMO NO BRASIL:

Protegendo a Saúde Pública em
um Ambiente Político Complexo

A ECONOMIA POLÍTICA DO CONTROLE DO TABAGISMO NO BRASIL:

Protegendo a Saúde Pública em um Ambiente Político Complexo

Stella Bialous, Dr PH

Tobacco Policy International
San Francisco, EUA

Vera Luiza da Costa e Silva, MD, PhD

No período da pesquisa:
Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde
Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ
Rio de Janeiro, Brasil

Jeffrey Drope, PhD

Economic and Health Policy Research Program
American Cancer Society
Atlanta, EUA

Raphael Lencucha, PhD

Faculty of Medicine, School of Physical and Occupational Therapy
McGill University
Montreal, Canadá

Benn Mc Grady, PhD

O'Neill Institute for National and Global Health Law
Georgetown University
Washington, DC, EUA

com

Ana Paula Richter, MA

Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde
Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ
Rio de Janeiro, Brasil

Agradecimentos

Este relatório foi financiado por um sub-acordo com a Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health com financiamento da Bloomberg Initiative to Reduce Tobacco Use. O seu conteúdo é de responsabilidade exclusiva dos autores e não representa necessariamente as posições da Bloomberg Philanthropies ou da Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Nosso agradecimento: Joanna Cohen pelo seu apoio e valioso feedback; no CETAB, Profa. Valeska de Carvalho Figueiredo, Profa. Silvana Rubano Turci, e apoio administrativo de Carla Ferraro; Yasmín Salazar por sua assistência importante nas fases iniciais deste projeto; ACT-Brasil por oferecer, generosamente, tempo e local para reunião no Rio de Janeiro, e materiais visuais; na ACS, Tracie Bertaut, David Enders, Sarah Fiebelkorn, e Kathy Holdefer pela edição, desenho e produção do relatório; Adriana Appau e Veronica Luckow pela assistência à pesquisa; e a todos os informantes-chave que doaram generosamente o seu precioso tempo e conhecimento. Todos os erros, é claro, permanecem nossos.

Declaração

Este documento foi traduzido do inglês para o português. No interesse de agilizar a sua disseminação, é possível que erros de tradução persistam. Alguns termos técnicos e oficiais podem estar traduzidos de forma diferente do equivalente a estes termos em português. Para uma cópia do relatório em inglês, contate Dr. Jeff Drope, jeffrey.drope@cancer.org.

Sugestão de Citação

Bialous, S., V.L. da Costa e Silva, J. Drope, R. Lencucha, B. McGrady e A.P. Richter. 2014. The Political Economy of Tobacco Control in Brazil: Protecting Public Health in a Complex Policy Environment. Rio de Janeiro: Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ e Atlanta: American Cancer Society.



FOTO CORTESIA
DE MARCELO
MORENO,
CETAB.

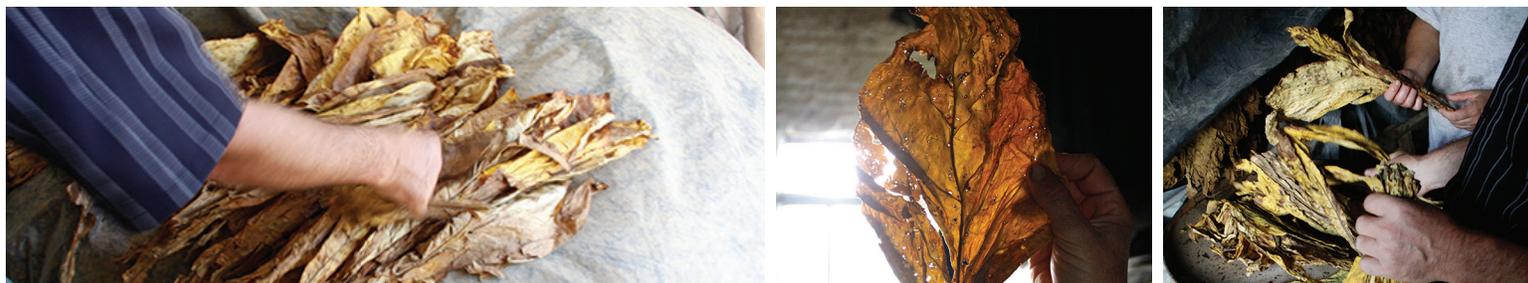


IMAGEM CORTESIA DE MARCELO MORENO, CETAB.

ÍNDICE, SUMÁRIO

Resumo Executivo	1
Implicações de Novos Acordos de Comércio para Controle do Tabagismo no Brasil	1
Investimento e Incentivos Fiscais no Setor do Tabaco Brasileiro	2
Teorizando Tratados Regulatórios	2
Desenho Institucional e Governança.....	2
Cooperação Intragovernamental – Mecanismo de Coordenação Nacional do Brasil para Controle do Tabagismo	3
Introdução	4
Parte I – Implicações dos Novos Acordos do Comércio para o Controle do Tabagismo no Brasil	5
Contexto	5
Tarifas do Tabaco e Produção do Tabaco no Brasil.....	6
Análise.....	6
Riscos Legais: Barreiras Não Tarifárias e Proteção do Investidor	7
Parte I – Implicações de Novos Acordos Econômicos – Principais Resultados/Recomendações	9
Parte II – Investimento e Incentivos Fiscais no Setor de Tabaco Brasileiro	10
Subsídios e Incentivos de Investimento – Principais Resultados/Recomendações.....	11
Parte III – Explicando a Formação e os Efeitos da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS	12
Formação e Efeitos da CQCT – Principais Resultados / Recomendações	16
Parte IV – O Papel da Autonomia Institucional na Governança da Saúde	17
Desafios e Sucessos Recentes no Controle do Tabagismo na Anvisa.....	19
O Futuro da Autoridade Regulatória.....	21
Recursos	22
Conclusão.....	22
Parte IV – Autonomia da Agência – Principais Resultados/Recomendações	23
Parte V – Oportunidades e Desafios do Mecanismo Nacional de Coordenação do Brasil, CONICQ	24
CONICQ: Estrutura e História	24
CONICQ: Pontos fortes	25
CONICQ: Desafios	26
Conflitos Internos	26
Conclusão	28
Oportunidades e Desafios da CONICQ – Principais Resultados/Recomendações	29
Conclusão	30

O Brasil e muitos outros governos trabalham para desenvolver políticas de saúde pública eficazes, sendo fundamental considerar o contexto mais amplo sob os pontos de vista político-institucional e econômico. Neste relatório, nos concentramos particularmente no vínculo entre controle do tabagismo e políticas econômicas internacionais, inclusive comércio e investimento. O Brasil é um excelente estudo de caso por causa de seu avançado regime de controle do tabagismo e seu aumento na abertura econômica internacional. Este relatório começa com exames técnicos minuciosos das potenciais implicações dos novos acordos de comércio e investimento para os esforços e políticas de controle do tabagismo no Brasil. Em seguida, o relatório desenvolve uma discussão mais abstrata da interseção e interação de acordos internacionais e políticas nacionais. Em particular, discutimos como a participação do Brasil no desenvolvimento da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde (CQCT da OMS) influenciou as políticas de controle do tabagismo nacionais e vice versa. Como uma extensão lógica desta discussão, em seguida, examinamos duas principais dinâmicas institucionais nacionais que afetam profundamente o controle do tabagismo e saúde pública mais amplamente. Especificamente, nos concentramos primeiro na importância das instituições governamentais autônomas que promovem a saúde pública, utilizando o caso da principal agência regulatória e de vigilância da saúde do Brasil e suas experiências com promoção do controle do tabagismo. Em segundo, nos concentramos na cooperação intragovernamental em torno do controle do tabagismo e como os setores diferentes do governo procuram gerar políticas de saúde pública através de um mecanismo de coordenação nacional.

Os resultados e recomendações da pesquisa apresentados aqui foram desenvolvidos através de levantamentos de pesquisas existentes e documentos oficiais, e entrevistas com informantes-chave de todos os setores relevantes. Os temas são pertinentes a esforços mais amplos para melhorar as políticas de saúde pública ao redor do mundo, particularmente a prevenção de doenças não transmissíveis.

Implicações de Novos Acordos de Comércio para Controle do Tabagismo no Brasil

Os acordos de livre comércio (ALC) liberalizam substancialmente o comércio entre os países participantes, e portanto vão além dos compromissos feitos com a Organização Mundial do Comércio (OMC). Os ALC apresentam dois riscos para o controle do tabagismo que podem ser analisados no contexto brasileiro.

O primeiro risco é que a redução das tarifas (alfandegárias) pode estimular o consumo de tabaco, levando a menores preços de varejo para produtos importados e aumentando a concorrência entre os produtores. Nossa análise sugere que é difícil prever o impacto da redução de tarifas sobre os preços de varejo no Brasil. Alguns fatos sugerem que as tarifas protegem os produtores brasileiros da concorrência, enquanto outros sugerem que as tarifas desempenham um papel relativamente pequeno na composição do mercado. A este respeito, o preço mínimo para os cigarros limita a concorrência com base no preço, sugerindo que as tarifas existentes provavelmente teriam um impacto maior sobre as marcas mais caras.

O segundo risco é que os ALC podem trazer restrições legais adicionais sobre a capacidade das Partes de implementar medidas de controle do tabagismo. As negociações contemporâneas de ALC (apesar de serem negociações nas quais o Brasil não está participando) destacam quatro questões importantes para consideração.

Em primeiro lugar, os ALC muitas vezes incluem capítulos sobre proteção de investimento, o que fornece aos investidores estrangeiros, incluindo empresas de tabaco, direitos legais adicionais. Até o momento, o Brasil não ratificou os acordos especificando a resolução de litígios entre estado-investidor, o que significa que novos compromissos nesta área estenderiam os direitos legais disponíveis para empresas de tabaco. Neste contexto, é recomendado que o Brasil mantenha a sua abordagem atual sobre a proteção do investidor. De forma alternativa, se o Brasil começar a buscar estes acordos ele deve utilizar modelos que protejam o espaço político para regulamentação nos interesses da saúde pública.

Em segundo lugar, ALC muitas vezes incluem fortes obrigações com relação à proteção dos direitos de propriedade intelectual. Se estas obrigações proporcionam para as empresas de tabaco um direito de utilizar marcas comerciais, elas podem ser problemáticas para as medidas de embalagem e rotulagem de produtos derivados do tabaco como embalagem padronizada. O Brasil tem sido, historicamente, um defensor sólido das flexibilidades no contexto de acordos que regem os direitos de propriedade intelectual, e é recomendado que o Brasil resista às tentativas de criar direitos positivos que permitam o uso de marcas comerciais.

Em terceiro lugar, ALC podem incluir disposições que regem os processos regulatórios que dão à indústria do tabaco um fórum para desafiar as medidas de controle do tabagismo, como no que diz respeito à análise de custo-benefício. Estes fóruns

podem fornecer uma plataforma para a indústria do tabaco para influenciar a tomada de decisão regulatória.

Finalmente, a linguagem específica do tabaco nos acordos de comércio pode proteger as medidas de controle do tabagismo ou prejudicá-las, dependendo da linguagem utilizada.

Em resumo, os tomadores de decisão política devem avaliar estes riscos legais em todas as futuras negociações de ALC.

Investimento e Incentivos Fiscais no Setor do Tabaco Brasileiro

Os governos utilizam investimentos e incentivos fiscais, como reduções de impostos, para atrair investimentos. No contexto do tabaco, estes incentivos geram economias que reduzem o custo da produção. A lei de oferta e procura sugere que o consumo de tabaco provavelmente aumentaria se estas economias fossem repassadas para o consumidor na forma de preços mais baixos. Por esta razão, as Diretrizes para a Implementação do Artigo 5.3 da CQCT recomendam que as Partes não devem conceder incentivos para as empresas de tabaco.

No Brasil, no entanto, os incentivos fiscais são oferecidos em formas diferentes, incluindo isenções fiscais, subsídios na forma de sementes para produzir outros cultivos durante a entressafra e empréstimos para apoiar o cultivo do tabaco. Vários subsídios são oferecidos em ambos os níveis estadual e federal. Se estes subsídios atuassem como uma forma de incentivo aos fumicultores, de forma a diminuir a oposição ao controle do tabagismo, eles poderiam ter um impacto positivo sobre a economia política do controle do tabagismo. A assistência para o desenvolvimento de culturas alternativas sustentáveis é um exemplo disso. Contudo, os subsídios que apoiam a produção do tabaco no Brasil não fazem mais do que apoiar a indústria e fortalecer sua posição política. Desta forma, sob o ponto de vista de saúde e economia, os subsídios para a produção não devem ser apoiados.

Teorizando Tratados Regulatórios

No fim de 2010, a Conferência das Partes da CQCT da OMS adotou Diretrizes Parciais para a Implementação dos Artigos 9 e 10 da Convenção referentes à regulamentação do conteúdo dos produtos derivados do tabaco e à regulamentação da divulgação de informações sobre produtos de tabaco. Logo depois, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) lançou uma consulta pública referente a uma proposta de resolução para proibir aditivos em produtos derivados do tabaco. Essa proposta, e a regulamentação que se seguiu, não teriam ocorrido se não fosse pela adoção das Diretrizes Parciais para a Implementação dos Artigos 9 e 10.

A elaboração destas Diretrizes Parciais foi facilitada parcialmente pelo fato de que as Partes da CQCT da OMS abordaram o processo sob uma ótica técnica ao invés de um processo político. Este processo técnico também forneceu uma oportunidade para as Partes aprenderem com as experiências regulatórias de outros países, proporcionando assim uma plataforma para difusão de políticas que podem servir como um modelo nos esforços globais para prevenir e controlar as doenças não transmissíveis.

Desenho Institucional e Governança

Vários acadêmicos e observadores de boa governança argumentam que níveis maiores de autonomia das agências regulatórias podem ajudar a isolar os tomadores de decisão das influências e/ou interferências políticas no processo de desenvolvimento de regras e regulamentos. Em teoria, as pessoas que trabalham em agências regulatórias costumam ser mais bem informadas e mais racionais e neutras em seus esforços para elaboração de regras do que seus colegas políticos que possam estar enfrentando e/ou servindo a interesses conflitantes. No Brasil, a Anvisa aproveita seus altos níveis de autonomia estatutária, ou *de jure*, para regular os produtos derivados do tabaco através de intervenções usando políticas públicas comprovadas, tais como advertência sanitárias, restrições sobre publicidade e patrocínio, e proibições de aditivos nos produtos do tabaco. Sua reputação sólida de profissionalismo, expertise e promoção do bem público gera maior autonomia *de facto*, o que alavanca a agência para desenvolver políticas pró-saúde. A indústria do tabaco entende o impacto negativo que as medidas da Anvisa podem ter sobre seus negócios e, conseqüentemente, ataca sua autoridade através de meios legais e da mídia.

O caso da Anvisa ressalta a importância de criar instituições oficiais de saúde pública que são suficientemente autônomas para serem capazes de regular para o bem público mais amplo. Conforme países consideram etapas para mover o controle do tabagismo e outras agendas políticas semelhantes, os governos precisam considerar a criação de instituições fortes que possam regular de forma eficaz ou ao menos buscar fortalecer aquelas já existentes. Parte desse fortalecimento, como aprendemos no caso da Anvisa, é proteger legalmente o mandato da agência. Finalmente, estas agências devem estar preparadas para resistência significativa por atores como a indústria do tabaco e seus aliados, que se opõem aos esforços regulatórios razoáveis de saúde pública.

Cooperação Intragovernamental – Mecanismo de Coordenação Nacional do Brasil para Controle do Tabagismo

Após a conclusão das negociações da Convenção-Quadro para o CQCT em 2003, Presidente Luiz Inácio Lula da Silva publicou um Decreto Presidencial datado de 1º de agosto de 2003 criando a Comissão Nacional para a Implementação da CQCT da OMS e seus Protocolos (CONICQ). A CONICQ foi um dos primeiros mecanismos de coordenação do mundo a incluir todos os setores de governo na tentativa de facilitar uma abordagem pangovernamental para a implementação da CQCT e das políticas de controle do tabagismo em geral. A estrutura da Comissão foi criada com o fim de sistematizar o controle do tabagismo dentro do governo, evitando ao mesmo tempo a interferência da indústria do tabaco em políticas de controle do tabagismo ao excluir, explicitamente, a representação da indústria do tabaco na CONICQ. A CONICQ desempenha um papel importante na definição de normas para interações governo-indústria, e trabalha para estabelecer sinergias entre diferentes setores de governo. Por exemplo, o setor de saúde trabalha de perto com o Ministério do Desenvolvimento Agrário para desenvolver estratégias para implementar os Artigos 17 e 18 da CQCT da OMS.

A CONICQ também enfrenta vários desafios, incluindo preferências políticas conflitantes entre agências de saúde e setores que tradicionalmente apoiam a atividade da indústria do tabaco. Esses conflitos têm tido saliência à medida que o Brasil trabalha para definir padrões globais para controle do tabagismo. A CONICQ tem a difícil tarefa de unir setores historicamente divergentes a fim de criar alinhamento e construir novas iniciativas políticas nos interesses do controle do tabagismo que respeitem as obrigações para implementação da CQCT. Nós analisamos os pontos fortes e desafios enfrentados pela CONICQ neste ambiente político complexo. Em resumo, concluímos que a liderança da CONICQ deve continuar fortalecendo as relações entre os setores do

governo que demonstram compromisso com a implementação da CQCT (ex. Ministério da Fazenda e Ministério do Desenvolvimento Agrário). A CONICQ deve trabalhar com organizações da sociedade civil e outros setores do governo para implementar as normas de interações governo-indústria do tabaco dispostas na “portaria da transparência” (Portaria No. 713/2012 do Ministério da Saúde), particularmente visando as instituições que trabalham em estreita colaboração com os representantes da indústria do tabaco, incluindo o Ministério da Agricultura e a Câmara Setorial sobre o Tabaco. Finalmente, a CONICQ deve continuar trabalhando com tomadores de decisão-chaves para estabelecer uma política governamental abrangente sobre tabaco e controle do tabagismo, que leve em consideração questões de apoio governamental ao cultivo e manufatura do tabaco e que se alinhe às obrigações da CQCT.



Introdução

O Brasil tem sido, por muitos anos, um dos países com melhor desempenho mundial em termos de seus esforços para desenvolver e implementar programas e medidas de controle do tabagismo. Por exemplo, foi um dos primeiros países a implementar imagens de advertência nas embalagens de cigarro e a criar uma proibição abrangente dos aditivos e flavorizantes dos produtos derivados do tabaco. O progresso constante da política abrangente do controle do tabagismo enfrenta uma feroz resistência da indústria do tabaco e seus aliados. Esta pesquisa busca entender e explicar a dinâmica de avançar o controle do tabagismo dentro de um ambiente político complexo, no qual vários atores e alianças inconstantes podem apoiar ou dificultar a agenda.

Esta pesquisa começou como um exame de como as políticas de comércio e investimento podem vir a interferir e minar o controle do tabagismo no Brasil. Nossa pesquisa sugere que os riscos associados com as regras de comércio e investimento não são, até o momento, uma parte central da discussão de controle do tabagismo. No entanto, nós não subestimamos a possibilidade de que no futuro este tema possa vir a desempenhar uma papel fundamental no vínculo entre as políticas de saúde pública e econômica. Consequentemente, avaliamos estes riscos de modo sistemático nas primeiras duas partes deste relatório. Tornou-se imediatamente claro, no entanto, ao conduzirmos a pesquisa, que as questões sobre o comércio e investimento estavam entrelaçadas com, e embutidas em, outras questões pertinentes ao controle do tabagismo, tais como questões relacionadas à estratégias para manter ou acelerar o sucesso do controle do tabagismo no Brasil. Além disso, determinamos que muitos dos exames e reflexões que resultaram desta pesquisa são amplamente aplicáveis e generalizáveis para o controle do tabagismo em outros países, bem como outras batalhas e objetivos de políticas de saúde pública, dando a esta pesquisa uma relevância maior para a comunidade da saúde pública mundial.

Em última análise, muito da nossa pesquisa foi uma investigação oportuna das batalhas vigorosas nos corredores do poder do Brasil em torno da proposta do governo de proibir aditivos e flavorizantes em produtos derivados do tabaco. Em particular, nossa análise documental e entrevistas com informantes-chave consistentemente, e muitas vezes enfaticamente, se voltaram para três temas principais: a interseção e interação entre as políticas nacionais e internacionais conforme os governos procuram desenvolver ambas; o papel da autonomia das agências do governo na elaboração de política de saúde pública; e os desafios da coordenação e cooperação intragovernamental através das

quais os governos procuram legislar e regular as questões complexas. As Parts III, IV, and V of this report deste relatório abordam estes três temas principais.

Esta pesquisa foi realizada utilizando métodos de pesquisa complementares e uma ampla coleta de dados relevantes. Para começar, utilizamos uma análise de rastreamento para identificar não apenas como as políticas de saúde pública relevantes (especialmente, mas não limitadas ao controle do tabagismo) e econômicas (particularmente comércio e investimento) estavam funcionando de forma independente, mas, relacionado com o objetivo da pesquisa, para entender e explicar como elas estavam intersectando e afetando umas às outras. Nós utilizamos várias fontes de dados, incluindo as políticas em si, as discussões de apoio dentro do governo (tanto em órgãos com representantes eleitos e não eleitos) e além (incluindo mídia e sociedade civil), e os dados econômicos oficiais, agrícolas e outros dados de base relevantes. Como parte fundamental desta análise mais abrangente, examinamos estas políticas a partir de perspectivas legais, econômicas e políticas, um processo facilitado pela equipe de pesquisa multidisciplinar e multinacional. A equipe incluiu especialistas com formações em medicina, direito, economia, promoção da saúde e economia política. Depois da nossa análise documental, realizamos vinte e quatro entrevistas pessoalmente com os principais atores desta interseção política, incluindo membros do legislativo, representantes de Ministérios chave ministérios (Saúde, Relações Exteriores, Comércio e Indústria, Agricultura, Desenvolvimento Agrícola e a vigilância da saúde e agência regulatória, Anvisa), oficiais dos órgãos intergovernamentais relevantes e representantes da sociedade civil. Nós fizemos entrevistas até nossa análise atingir a “saturação” – o ponto em que encontramos consistência nas narrativas emergentes, ou explicações razoáveis de quaisquer inconsistências, o que vamos explorar neste relatório. As entrevistas variaram entre 45 minutos e 3,5 horas e a pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Brasil e dos conselhos de revisão institucional das instituições dos investigadores de fora do Brasil, ou seu equivalente.

Parte I – Implicações dos Novos Acordos do Comércio para o Controle do Tabagismo no Brasil

Esta seção examina as implicações das mudanças na política brasileira de comércio para controle do tabagismo. O Brasil, no seu próprio direito, e como um membro do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), é ativo na negociação de acordos de comércio com uma série de países e uniões aduaneiras. Estas negociações incluem a União Europeia (EU), a União Aduaneira da África do Sul (SACU), América Central, Índia e África do Sul. Estes esforços poderiam resultar em mudanças para a política brasileira de comércio ou compromissos que tenham implicações para a prevalência de consumo de tabaco e para a implementação de políticas de controle do tabagismo no Brasil. Neste contexto, examinamos a extensão que estas negociações representam riscos para a saúde pública e como estes riscos poderiam ser tratados. Nossa análise é baseada na pesquisa documental e nas entrevistas de campo descritas acima.

Esta análise é realizada no contexto da CQCT da OMS, que impõe obrigações no que diz respeito ao controle do tabagismo e inclui disposições relevantes para o comércio. Neste último aspecto, o preâmbulo da Convenção observa que as Partes estão “determinadas a dar prioridade para o seu direito de proteger a saúde pública”. O Artigo 2.2 da Convenção também especifica que ela não afeta o direito das Partes de celebrar acordos internacionais, desde que estes acordos sejam compatíveis com as suas obrigações sob a Convenção e seus protocolos. O efeito desta cláusula é que a CQCT da OMS prevalece sobre os tratados subsequentes em questões de qualquer conflito.¹

Contexto

A Organização Mundial do Comércio (OMC) é o regime central multilateral que rege o comércio internacional. Sob a lei da OMC, os Membros da OMC estabeleceram limites máximos sobre as tarifas (alfandegárias) aplicadas para os produtos importados, incluindo os produtos derivados do tabaco. Além disso, os acordos cobertos pela OMC sujeitaram os Membros a várias regras relativas as barreiras não tarifárias para o comércio como medidas regulatórias.

Os Membros da OMC também são autorizados a celebrar acordos de livre comércio (ALC) e uniões aduaneiras. Os ALC são geralmente bilateral ou regional em caráter e exigem a eliminação de praticamente todas as regulamentações restritivas de comércio (como tarifas) entre os territórios envolvidos (embora alguns acordos vão mais além do que

outros).² Em essência, os ALC exigem uma liberalização do comércio mais profunda do que os compromissos sob a OMC. Os ALC muitas vezes incluem regras que vão além daquelas encontradas na lei da OMC, como capítulos que regem a proteção do investimento e obrigações ‘TRIPS-plus’, que exigem maiores níveis de proteção da propriedade intelectual do que é necessário sob o Acordo sobre os Aspectos Relacionados ao Comércio de Direitos de Propriedade Intelectual (TRIPS), que é um acordo coberto pela OMC. Os ALC também podem incluir capítulos de proteção do investimento, muitas vezes permitindo investidores estrangeiros a fazer reivindicações diretamente contra os governos.

As uniões aduaneiras são uma forma mais aprofundada de integração econômica do que os ALC, uma vez que envolvem a formação de um único território aduaneiro entre dois ou mais países. Tal como acontece com os ALC, substancialmente todas as regulamentações restritivas de comércio são eliminadas para o comércio entre os territórios envolvidos. Além disso, os territórios de uma união aduaneira aplicam substancialmente as mesmas regulamentações (tais como as tarifas) para a importação de mercadorias dos territórios que não fazem parte da união. O Brasil é um membro do MERCOSUL, que é um exemplo de união aduaneira.

Os acordos de comércio representam dois riscos para o controle do tabagismo. Em primeiro lugar, a liberalização do comércio através da redução de tarifas remove a proteção da indústria nacional contra concorrência estrangeira e, portanto, pode estimular a concorrência. A evidência disponível sugere que a abertura ao tabaco dos mercados, tradicionalmente fechados, pode contribuir para o aumento da prevalência do uso do tabaco em certas condições, como ocorreu no Japão, Coreia do Sul, Taiwan e Tailândia nos anos 1980 e 1990.³ Os motivos para isto incluem menores preços do produto (quando as reduções de tarifa são repassadas para os consumidores ou a concorrência é aumentada), o marketing mais agressivo pelas empresas de tabaco e o direcionamento à população alvo inexploradas, como mulheres e crianças.⁴ Neste contexto, exigindo às Partes menores tarifas sobre as mercadorias que se originam no território de parceiros dos ALC, há um risco de que novos ALC poderiam estimular indiretamente o consumo do tabaco (embora este efeito possa ser negado através das medidas de controle do tabagismo, como aumento de impostos sobre os produtos derivados do tabaco).

1. Para discussão, veja Benn McGrady, *Trade and Public Health: The WTO, Tobacco Alcohol and Diet*, Cambridge University Press, (2011), pp 234-243.

2. Veja o Acordo Geral sobre as Tarifas e Comércio 1994, Artigo XXIV:8(b) para uma definição mais detalhada.

3. Frank Chaloupka e Adit Laixuthai, “Política de Comércio dos EUA e Consumo de Cigarros na Ásia” Artigo de Trabalho NBER Série, Artigo de Trabalho 5543, (Abril 1996).

4. Para um resumo da literatura recente, veja Benn McGrady, *Confronting the Tobacco Epidemic in a New Era of Trade and Investment Liberalization*, Organização Mundial da Saúde, (2012); Veja também a discussão em McGrady, *Trade and Public Health*, pp 2-7.

Em segundo lugar, as regras que regem as barreiras não tarifárias para o comércio e proteção do investidor colocam limites sobre a autonomia regulatória nacional além das regras da OMC, que estão focadas na não discriminação e na necessidade de regulamentações. Em outras palavras, as medidas de controle do tabagismo nacionais podem estar sujeitas aos desafios legais com base em compromissos feitos nos ALC. Neste contexto, há um risco de que a expansão dessas regras poderia vir a limitar a autonomia regulatória em um grau acima do que no caso de acordos existentes.

Tarifas do Tabaco e Produção do Tabaco no Brasil

A fim de analisar o risco de que novos compromissos, no que diz respeito às taxas tarifárias, poderiam ter sobre a demanda dos produtos derivados do tabaco no Brasil, é necessário analisar os compromissos já existentes e em vigor (direitos aduaneiros consolidados), direitos aduaneiros atuais aplicados e a composição do mercado de produtos derivados do tabaco brasileiro. A análise abaixo sugere que é difícil prever o impacto a redução das tarifas de tabaco poderia ter no Brasil.

Por um lado, uma série de fatos sugere que as empresas brasileiras envolvidas na manufatura de produtos derivados do tabaco são relativamente protegidas contra a concorrência de produtos importados, particularmente produtos que se originam fora da América do Sul. Estes fatos incluem uma alta tarifa externa do MERCOSUL sobre os produtos manufaturados derivados do tabaco, a dominância do mercado da Souza Cruz (uma subsidiária da British American Tobacco - BAT), a forte presença de pequenas marcas nacionais e a quase completa ausência de produtos importados no mercado. Além disso, um piso de preço de venda (preço mínimo) limita a concorrência com base no preço do mercado brasileiro.

Por outro lado, os produtos derivados do tabaco originários do MERCOSUL e alguns outros países podem entrar no Brasil livres de tarifa. As multinacionais, como a Philip Morris e (em menor grau) Japan Tobacco International (JTI) também têm uma presença no mercado brasileiro através de investimento direto estrangeiro (FDI). Além disso, produção do fumo no Brasil permite que as empresas instalem toda a sua cadeia de produção no país. Como tal, os produtos entram no mercado livres de tarifa, assim sendo, uma redução de tarifas não resultaria em uma economia para os fabricantes que já estão no mercado brasileiro, nem em reduções subsequentes de preço do produto final. Isto sugere que uma provável redução nos preços só aconteceria como consequência de uma redução

de tarifas que levasse a um aumento da competitividade dos produtos no Brasil. (Mesmo assim, com um preço mínimo em vigor, a concorrência só seria reforçada para os produtos vendidos acima do mínimo, como as marcas nos segmentos de maior valor do mercado.)

Em suma, é difícil prever o impacto que uma redução de tarifa poderia ter sobre os fluxos do comércio ou a acessibilidade aos produtos derivados do tabaco no varejo (com todos os outros fatores permanecendo iguais). Em geral, o impacto dependeria das decisões estratégicas feitas pelos fabricantes de produtos derivados do tabaco, incluindo-se aí os méritos de se ter uma cadeia produtiva integrada no Brasil, além de outros incentivos para que se mantenha a produção no Brasil.

Análise

Como mencionado acima, o Brasil é membro da união aduaneira MERCOSUL. O MERCOSUL mantém uma tarifa externa comum (TEC) que é aplicável para mercadorias importadas dos territórios de fora do MERCOSUL. A média *ad valorem* MERCOSUL TEC para o tabaco e produtos derivados do tabaco varia entre 14% e 20% dependendo da linha de tarifa em questão. Como uma regra geral, as tarifas incidentes sobre os insumos para a produção de produtos derivados do tabaco, como a folha, estão na proximidade de 14%, enquanto as tarifas sobre a importação de produtos derivados do tabaco estão na proximidade de 20% (do valor de atacado).⁵ Isto constitui uma forma de 'escalonamento tarifário' designado para incentivar os processos de produção e valor agregado que ocorrem no Brasil. As tarifas aplicadas no Brasil estão de acordo com a TEC MERCOSUL.

O Brasil aplica uma tarifa *ad valorem* de 20% sobre a importação de cigarros do território dos Membros da OMC. As exceções para estas tarifas existem para os cigarros importados do MERCOSUL (Argentina, Bolívia, Paraguai, Uruguai e Venezuela) assim como o Chile, Colômbia, Cuba, Equador e Peru.⁶ Sob estas exceções, nenhuma tarifa é cobrada sobre os cigarros importados dos países em questão, alguns dos quais são produtores de baixo custo e poderiam competir em preço, se não fosse a lei brasileira instituindo o preço mínimo.

De qualquer forma, a maior parte dos cigarros consumidos no Brasil também é produzida no Brasil. Por exemplo, estima-se que em 2012, menos de 1% dos cigarros consumidos no Brasil foram importados.⁷ De acordo com estes números, a grande maioria dos produtos derivados do tabaco consumidos no Brasil não está sujeita às tarifas. Isto sugere que os preços

5. Informações fornecidas sobre o governo brasileiro no site através de http://www.desenvolvimento.gov.br/arquivos/dwnl_1266862939.xls e uma pesquisa sobre a WTO Tariff Download Facility em <http://tariffdata.wto.org/ReportersAndProducts.aspx>. Último acesso em 20 de maio de 2014.

6. Com base em uma pesquisa do Mapa de Acesso ao Mercado Central do Comércio Internacional disponível em <http://www.macmap.org/QuickSearch/FindTariff/FindTariff.aspx>, último acesso em 20 de maio de 2014 (dados disponíveis em 2012).

7. Cigarros no Brasil, Euromonitor International, Outubro de 2013, tabela 17, p. 10.

de varejo da maioria dos produtos derivados do tabaco no mercado brasileiro não iriam diminuir como resultado direto das economias produzidas por tarifas reduzidas sendo repassadas para os consumidores. No entanto, os números acima também são consistentes com a hipótese de que uma redução das tarifas sobre a importação de produtos derivados do tabaco estimulariam a concorrência no Brasil através de um aumento da competitividade dos produtos importados. Os números sugerem que os produtos derivados do tabaco produzidos no mercado brasileiro são, na maior parte, não competitivos nos mercados estrangeiros, e que as tarifas sobre os produtos derivados do tabaco importados poderiam estar limitando a concorrência no mercado brasileiro (pelo menos para produtos com preços de varejo acima do preço mínimo).

No entanto, as empresas de tabaco multinacionais investiram diretamente no mercado brasileiro. Consequentemente, algumas grandes marcas internacionais já são vendidas no mercado brasileiro ou poderiam ser fabricadas internamente para este mercado. Por exemplo, em 2012, a Souza Cruz tinha aproximadamente 76% do mercado de cigarros e a Philip Morris Brasil mantinha aproximadamente 14% de participação do mercado.⁸ BAT e PMI também possuem instalações de fábricas em outros países do Mercosul de onde poderiam enviar, livres de tarifas, produtos ao Brasil. Isto sugere que a preferência para fornecer o mercado brasileiro com cigarros fabricados internamente pode ser atribuída à fatores do que as tarifas. JTI fornece uma possível exceção para esta conclusão, uma vez que começou a importar os cigarros da marca Camel e Winston no Brasil (embora isto possa ser para testar o mercado antes de decidir a fabricação no país).

Com relação à folha de tabaco, a diminuição das tarifas aumentaria a competitividade da folha importada. No entanto, uma série de fatores sugere que isto é um fator de pressão improvável para causar uma redução significativa nos preços de varejo de produtos derivados do tabaco fabricados no Brasil. Estes fatores incluem o fato de que a folha é uma pequena parcela do preço geral dos produtos fabricados, e que o Brasil é grande exportador de folha (sugerindo que a folha brasileira é competitiva no mercado global).

Em resumo, a grande maioria dos produtos derivados do tabaco consumidos no Brasil é produzida internamente e não está sujeita a tarifas. A redução das tarifas aumentaria a competitividade dos produtos importados, mas a preferência dos fabricantes multinacionais, como BAT e Philip Morris, para fabricar no Brasil pode estar baseada em fatores outros que não a barreira tarifária. Como tal, é difícil prever se a redução

das tarifas colocaria pressão para queda aos preços de varejo.

Riscos Legais: Barreiras Não Tarifárias e Proteção do Investidor

Conforme foi observado acima, os ALC estendem as regras internacionais que limitam a autonomia regulatória dos países. A este respeito, novos acordos de comércio envolvendo o Brasil ou MERCOSUL poderiam afetar o controle do tabagismo brasileiro, se eles estendessem os compromissos brasileiros sobre a proteção do investidor, proteção da propriedade intelectual, coerência regulatória, ou sobre o tabaco mais especificamente. Esta seção destaca as questões em resumo e aponta as abordagens que preservam espaço regulatório suficiente para as medidas sólidas de controle do tabagismo.

Proteção do Investidor

Os estados protegem os ativos de seus nacionais quando investidos no exterior através de acordos com tratados de investimento bilateral (BITs) com outros estados. Por exemplo, um BIT entre a Austrália e Hong Kong protege os ativos dos investidores australianos em Hong Kong e investidores de Hong Kong na Austrália. À luz deste BIT, Philip Morris (Ásia) está trazendo uma reivindicação contra a Austrália sobre a embalagem padronizada de cigarros com base no efeito que a medida tem sobre o seu investimento australiano (Philip Morris Limited). Estes tipos de reivindicações são resolvidas através de arbitragem internacional e regidos pelos termos do BIT ao invés da lei nacional. É comum para os ALC incluir capítulos de investimento que possuem termos e efeitos similares para os BITs. Consequentemente, um ALC pode expandir as proteções disponíveis para os investidores estrangeiros no Brasil.

Historicamente, o Brasil tem tido uma abordagem muito cautelosa para proteção do investimento estrangeiro. Embora o Brasil tenha negociado uma série de BITs, inclusive através do MERCOSUL, nenhum destes acordos entrou em vigor, em parte porque o Brasil não os ratificou.⁹ Consequentemente, quaisquer novos compromissos internacionais para proteger os investimentos de investidores estrangeiros estenderiam novos direitos legais para estes investidores.

Muitos comentaristas mantêm o Brasil como um exemplo de um país que tem atraído grandes volumes de FDI na ausência de BITs. Tendo observado as alegações controversas e bem sucedidas contra os seus vizinhos, o Brasil está bem ciente dos riscos legais associados com BITs e tomou uma postura em grande parte destinada em defender o seu espaço político. No entanto, como as empresas brasileiras investem cada vez mais no exterior, os incentivos para celebrar os BITs podem

8. Ibid, tabela 14, p. 9.

9. Veja o site da Organização dos Estados Americanos para estes acordos, http://www.sice.oas.org/ctyindex/BRZ/BRZBITS_e.asp. Último acesso em 25 de junho de 2014.

umentar e mudar a postura de defensiva para ofensiva (que visaria proteger os investimentos de brasileiros no exterior).¹⁰

Caso isto ocorra, existem modelos em recentes tratados que esclarecem a autonomia regulatória das Partes a um grau acima do que a maioria dos BITs contempla e, assim, fornecer melhor proteção para o controle do tabagismo.¹¹

Proteção de Propriedade Intelectual

O Acordo sobre os Aspectos Relacionados ao Comércio de Direitos de Propriedade Intelectual (TRIPS) é um acordo coberto pela OMC que exige aos Membros da OMC garantir padrões mínimos de proteção para os direitos de propriedade intelectual. Muitos ALC incluem compromissos para proteger a propriedade intelectual acima e além dos padrões mínimos necessários pelo TRIPS. Isto é relevante para o controle do tabagismo, pois as medidas de embalagem e rotulagem dos produtos derivados do tabaco muitas vezes restringem o uso de marcas comerciais tanto diretamente como indiretamente. De fato, as reivindicações contra a implementação da embalagem padronizada pela Austrália são baseadas em parte nos compromissos no que diz respeito às marcas comerciais sob TRIPS.

No contexto de futuras negociações de ALC, quaisquer compromissos que forneçam um direito para utilizar uma marca comercial, ou que restrinjam a capacidade do Brasil de limitar o uso de marcas comerciais, poderiam ter implicações para medidas regulatórias da embalagem e rotulagem dos produtos derivados do tabaco, e em particular, embalagem padronizada. Disposições nesse sentido foram introduzidas em outras negociações de ALC. Por exemplo, no contexto das negociações do Acordo de Parceria Trans-Pacífico (TPP), as propostas dos EUA vazadas no início das discussões sugerem que o acordo poderia criar um direito positivo para utilizar nomes que indiquem um local, como Marlboro, assim como cores e elementos figurativos.¹² Tal cláusula poderia limitar a capacidade das Partes de implementar a embalagem padronizada através da expansão das obrigações estabelecidas sob TRIPS. Um vazamento de informações mais recente sugere que esse direito se estenderia a palavras, sinais e indicações, o que podem representar um problema para a embalagem padronizada.¹³ Embora o Brasil não faça parte destas negociações, seria causa para preocupação se disposições semelhantes forem introduzidas nos futuros ALC brasileiros.

O Brasil foi um defensor proeminente para garantir que os compromissos internacionais que regem os direitos de propriedade intelectual deixem espaço suficiente para os Estados protegerem a saúde humana, particularmente no contexto de acesso a medicamentos.¹⁴ Dentro deste cenário, é razoável esperar que as autoridades brasileiras sejam solidárias com as preocupações de saúde à luz de qualquer tentativa para limitar a flexibilidade nas futuras negociações do comércio.

Coerência Regulatória

Nas negociações contemporâneas dos ALC, como o TPP e o Comércio Transatlântico UE-EUA e Parceria de Investimento, a questão de como criar coerência regulatória entre as Partes é importante. As negociações têm se centrado no estabelecimento de mecanismos de coordenação e/ou na harmonização das regulamentações nacionais ou no reconhecimento de abordagens divergentes como equivalente para fins regulatórios.¹⁵ Estas propostas criam pelo menos duas preocupações no contexto do controle do tabagismo. Em primeiro lugar, há uma preocupação de que os novos mecanismos de coordenação virão com obrigações de procedimento que reforçam a mão da indústria na tomada de decisão regulatória, como, por exemplo, através da criação de fóruns transnacionais para o governo e indústria discutirem regulamentação. Em segundo lugar, há uma preocupação de que a harmonização possa tender a impulsionar as normas regulatórias para baixo ao invés de para cima, porque a redução de regulamentação é muitas vezes percebida como um meio de facilitar o comércio. A este respeito, há também uma preocupação de que a harmonização ocorrendo fora do processo da CQCT da OMS possa circunver os esforços naquele fórum.

Visto que harmonização regulatória é uma área de rápido desenvolvimento das negociações de ALC, é difícil prever o impacto que possa ter sobre o controle do tabagismo em abstrato. No entanto, é uma questão para se observar e sobre a qual o Brasil deve estar atento em futuras negociações de acordos de comércio.

Linguagem Específica ao Tabaco

No contexto da TPP, os Estados Unidos propuseram a linguagem específica ao tabaco em reconhecimento que o consumo de tabaco representa um risco para a saúde.¹⁶ A Malásia propôs que os produtos derivados do tabaco sejam

10. Veja a discussão no site do Instituto Internacional para Desenvolvimento Sustentável em <http://www.iisd.org/itn/2008/11/30/investment-arbitration-in-brazil-yes-or-no/>. Último acesso em 25 de junho de 2014.

11. Veja a discussão em *Confrontando a Epidemia do Tabaco de McGrady em uma Nova Era de Comércio e Liberalização de Investimento*, pp 64-69.

12. Robert Stumberg, *Proteções para o Controle do Tabaco: Opções para a TPPA*, 39 Am. J. L. e Med. (2013) 382.

13. Tratado TPP secreto: Capítulo de Propriedade Intelectual Avançada para todas as 12 nações com posições de negociação, publicação da WikiLeaks: 13 de novembro de 2013, Artigo QQ.D.14, p. 27; Veja também http://www.oneillinstituteblog.org/plain-packaging-tobacco-trademarks-geographical-indications-tpp/?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+oneill-tih+%28Trade%2C+Investment+and+Health%29.

14. Amy Nunna, Elize Da Fonseca & Sofia Gruskin. "Changing global essential medicines norms to improve access to AIDS treatment: Lessons from Brazil," 4(2) *Global Public Health*, 131 - 149

15. Simon Lester and Inu Barbee, "The Challenge of Cooperation: Regulatory Trade Barriers in the Transatlantic Trade and Investment Partnership," *Journal of International Economic Law* (2013) 16 (4): 847-867.

excluídos completamente do escopo do acordo.¹⁷ Embora o Brasil não faça parte das negociações da TPP, é possível que a linguagem específica ao tabaco venha a ser proposta em futuras negociações das quais o Brasil seja uma Parte. Dependendo dos termos, esta linguagem pode mitigar as preocupações relacionadas ao impacto de novos acordos sobre o controle do tabagismo. No entanto, há também um

risco de que a linguagem específica ao tabaco sugira que as regras existentes, como aquelas estabelecidas na lei da OMC, não forneçam espaço político suficiente para estabelecer as medidas de controle do tabagismo. Não é possível identificar o melhor caminho a seguir no em abstrato. Como tal, em futuras negociações, os potenciais custos e benefícios de linguagem específica ao tabaco devem ser ponderados cuidadosamente.

Parte I – Implicações de Novos Acordos Econômicos – Principais Resultados/Recomendações

- O impacto da redução de tarifas sobre os produtos derivados do tabaco no Brasil é difícil de prever e depende, principalmente, da tomada de decisões estratégicas por fabricantes multinacionais.
- Brasil não tem acordos de investimento internacionais em vigor e é um defensor de flexibilidade em TRIPS que protegem o espaço político nacional.
- O estabelecimento de plataformas ativas para discussão de controle do tabagismo e comércio pode ajudar a equilibrar interesses econômicos com a priorização da saúde.

Na negociação de acordos de livre comércio (ALC), a comunidade da saúde pública deve avaliar:

- Se a redução das tarifas (alfandegárias) sobre o tabaco ou produtos derivados do tabaco poderia, possivelmente, estimular a demanda para produtos derivados do tabaco.
- Se as regras adicionais que regem barreiras não tarifárias para o comércio poderiam restringir a autonomia regulatória nacional de forma a afetar o controle do tabagismo. Estas regras incluem:
 - o Compromissos de investimento que protegem os investimentos estrangeiros e dão aos investidores estrangeiros novos direitos legais.
 - o Compromissos para proteger os direitos da marca comercial acima e além das estabelecidas na lei da Organização Mundial do Comércio ('TRIPS Plus').
 - o Regras que regem a tomada de decisão regulatória que possam fornecer a indústria do tabaco uma plataforma para resistir à regulamentação.
 - o Linguagem específica ao tabaco, que poderia tirar o tabaco de novos compromissos, mas também afetar a interpretação de compromissos existentes.



16. Detalhes da proposta estão disponíveis no site do Escritório do Representante do Comércio dos Estados Unidos: <http://www.ustr.gov/sobre-us/press-office/fact-sheets/2013/august/fact-sheet-tobacco-and-tpp>. Último acesso em 25 de junho de 2014.

17. Veja Liew Jia Teng, "Malaysia seeks support to exclude tobacco from the TPP" Sun Daily 11 September 2014. Disponível em <http://www.thesundaily.my/news/826990>.

Parte II – Investimento e Incentivos Fiscais no Setor de Tabaco Brasileiro

Os governos utilizam uma variedade de incentivos fiscais e não fiscais para atrair o investimento, incluindo reduções de impostos, subsídios de vários tipos, e privilégios associados com a fabricação nas zonas francas onde as leis aduaneiras e fiscais não se aplicam. Os governos competem entre si por investimentos e utilizam estes incentivos para atrair investidores de outros locais ou para estimular o investimento que poderiam não acontecer de outra forma. Os investidores buscam esses incentivos com vistas à redução dos seus custos de produção.

No contexto do tabaco, custos de produção menores podem ser repassados para o consumidor na forma de menores preços de varejo. A relação estabelecida entre o preço do varejo dos produtos derivados do tabaco e a demanda sugere que preços menores poderiam aumentar a prevalência do uso do tabaco e o consumo total. Por sua vez, este aumento provavelmente aumentaria a morbidade e mortalidade associada com o uso do tabaco. Com isto em mente, as Diretrizes para a Implementação do Artigo 5.3 da CQCT afirmam que “por causa de seus produtos são letais, não deve conceder incentivos para a indústria do tabaco para estabelecer ou executar seus negócios”.¹⁸

A concessão de incentivos para a indústria do tabaco pode também criar riscos legais quando se trata da regulamentação do tabaco. Por exemplo, compromissos feitos no contexto de contratos de investimento entre um governo e um investidor podem restringir a capacidade do governo para regular a atividade comercial do investidor. A venda parcial do monopólio nacional do tabaco por autoridades de Laos oferece um exemplo proeminente. O contrato de investimento nesse caso forneceu ao investidor uma isenção de impostos sobre o lucro por cinco anos e fixou o índice do imposto especial sobre o tabaco por um período de 25 anos (2002 – 2026).¹⁹ Sob esse contrato, o investidor tem direito a compensação no caso dos impostos sobre os produtos do tabaco aumentarem.

Oferecer incentivos de investimento à indústria do tabaco pode também ter implicações legais sob os tratados de investimento (caso os acordos brasileiros entrem em vigor).

Por exemplo, em uma disputa entre a Philip Morris e Uruguai, o tribunal arbitrário, ouvindo a reivindicação, se baseou nos incentivos de investimento oferecidos pelo Uruguai à Philip Morris na tomada de decisão que tinha jurisdição para ouvir a reivindicação.²⁰ Da mesma forma, ‘cláusulas guarda-chuva’ em tratados de investimento exigem que os governos respeitem os compromissos feitos com os investidores, como compromissos feitos através de contratos. A exigência de que um Estado recebendo um investimento forneça um tratamento justo e equitativo para um investidor pode também vir a ser relevante quando o Estado tenha estimulado um investimento através da oferta de incentivos e subsequentemente não honre o estímulo.

No Brasil, os incentivos de investimento são oferecidos nos níveis federal, estadual e municipal. Os incentivos federais, geralmente na forma de isenções fiscais sobre o rendimento, são oferecidos para o investimento em áreas menos desenvolvidas do país. Os governos estaduais oferecem incentivos como isenções do imposto estadual de valor agregado, dos impostos sobre as vendas, e da cobranças de contas (energia, etc) e outras despesas, assim como outros subsídios. Há vários exemplos recentes de incentivos dados à indústria do tabaco no Brasil.

Alguns programas do governo incentivam a fabricação de produtos derivados do tabaco no Brasil, para consumo nacional, exportação, ou ambos. Por exemplo, o FUNDOPEM é um programa do estado Rio Grande do Sul que forneceu a Philip Morris incentivos fiscais para estimular a construção de uma nova fábrica em Santa Cruz do Sul²¹ e forneceu para a Souza Cruz incentivos fiscais para construir uma fábrica de embalagens.²²

Outros programas subsidiam a fumicultura no Brasil, como o fornecimento de sementes para cultivar milho e grãos após a colheita do tabaco (de acordo com as leis locais que exigem rotação de culturas).²³ O Banco Nacional para Desenvolvimento Social e Econômico (BNDES) também fornece empréstimos para o setor agrícola, incluindo fumicultores.²⁴

18. Convenção-Quadro para Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde, Diretrizes para Implementação do Artigo 5.3 da CQCT da OMS, Proteção das Políticas de Saúde Pública no que diz respeito ao Controle do Tabagismo dos Interesses Comerciais e outros da Indústria do Tabaco, Princípio 4, página 3

19. Isra Sarntisart, “Tax Policies for Tobacco Industry in Lao PDR,” Southeast Asia Tobacco Control Alliance, Bangkok, Thailand. July 2008.

20. Philip Morris Brands Sarl, Philip Morris Products S.A. and Abal Hermanos S.A. v. Oriental Republic of Uruguay (ICSID Case No.ARB/10/7) Decision on Jurisdiction, para. 165

21. Veja o site do governo do Rio Grande do Sul: <http://www.rs.gov.br/busca/termo=Philip%20Morris;1>. Último acesso em 25 de junho de 2014.

22. Veja por exemplo, Graciliano Rocha, Renúncia fiscal evita exportação do fumo, diz RS in La Folha de Sao Paulo. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc0806200914.htm>. Último acesso em 25 de junho de 2014.

23. Veja o site do Grupo Independente: <http://www.independente.com.br/player.php?cod=33985>. Último acesso em 25 de junho de 2014. Notavelmente, os programas de sanções da indústria do tabaco que promovem a rotação, a qual é vista como uma estratégia para manter o cultivo da folha de tabaco.

24. Lígia Formenti, “Indústria do fumo toma R\$ 336 mi do BNDES em 5 anos,” Agencia Estado, Notícia, 9 de setembro de 2012. Disponível em <http://economia.estadao.com.br/noticias/economia+geral,industria-do-fumo-toma-r-336-mi-do-bndes-em-5-anos,125965,0.htm>. Último acesso em 25 de junho de 2014.

Os fumicultores desempenham um papel expressivo no discurso político em torno do controle do tabagismo no Brasil. Isto pode ser atribuído parcialmente aos interesses concentrados que os fumicultores têm, por serem cooptados pelos fabricantes de cigarro, e ao papel que inúmeros pequenos agricultores desempenham na política eleitoral. Neste contexto, os subsídios para os fumicultores (mesmo se redistribuídos através de outros órgãos) podem agir como pagamentos (barganha de Coase) para aqueles afetados pela regulamentação (embora estes efeitos sejam duvidosos devido à orientação voltada à exportação do setor). O mesmo pode ser dito dos esforços para apoiar o desenvolvimento de meios de vida alternativos para fumicultores, que foram concebidos por algumas pessoas como pré-condição política para o controle do tabagismo no Brasil. Vários informantes-chave reconheceram que a principal receita provinda do cultivo do tabaco está relacionada com as exportações, portanto, não são afetadas pelas políticas nacionais de controle do tabagismo. O uso do cultivo do tabaco (e fumicultores) como um argumento da indústria foi percebido como uma iniciativa bem sucedida de controlar a agenda e a discussão, e reconhecido por muitos como uma fachada para o interesse da indústria.

Por outro lado, é difícil ver como os subsídios ou incentivos para fabricação no Brasil poderiam ter qualquer efeito positivo sobre as políticas de controle do tabagismo. Pelo contrário, estes subsídios e incentivos reforçam a posição política dos fabricantes de tabaco, auxiliando na expansão de suas operações e aumentando a percepção da sua importância para as economias local e nacional. Estes subsídios e incentivos fazem parte da política industrial brasileira que tem como

objetivo desenvolver a indústria nacional, promover os processos de valor agregado como a fabricação, e exportação de produtos manufaturados. Neste contexto, os defensores do controle do tabagismo podem estar em melhor situação ao desafiar os subsídios para os fabricantes com base em argumentos econômicos ao invés da saúde. Porque a fabricação do tabaco é uma indústria de capital ao invés de trabalho intensivo, há bons motivos pelos quais questionar os benefícios econômicos destes programas.

A cooperação intragovernamental, no que diz respeito aos subsídios e incentivos, destaca algumas das dinâmicas complexas em torno das Diretrizes para a Implementação do Artigo 5.3 da CQCT da OMS. Grande parte desta cooperação – ou pelo menos tentativas dela – ocorre dentro do mecanismo de coordenação do governo, a Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS e seus Protocolos (CONICQ). Por um lado, as autoridades de saúde estão trabalhando para implementar a CQCT da OMS e suas Diretrizes, incluindo o componente de investimento, enquanto que por outro lado, as agências estadual e nacional com interesses na agricultura e desenvolvimento econômico estão promovendo a produção do tabaco. Nós discutimos estas dinâmicas mais amplas com mais profundidade na Parte V.

Parte II – Subsídios e Incentivos de Investimento – Principais Resultados/Recomendações

No contexto de incentivos de investimento e subsídios, a comunidade de controle do tabagismo deve:

- Opor-se aos incentivos fiscais e outros subsídios oferecidos no setor de tabaco sob argumentos de saúde e econômicos.
- Reconhecer que os subsídios e incentivos para fumicultores podem ser usados como uma vantagem para avanços políticos no controle do tabagismo, mas abordagens para desenvolver meios de vida alternativos sustentáveis são preferíveis à abordagens que apoiem o cultivo do tabaco.

Parte III – Explicando a Formação e os Efeitos da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS

No final de 2010, a Conferência das Partes para a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde (CQCT da OMS) adotou Diretrizes Parciais para a Implementação dos Artigos 9 e 10 da Convenção²⁵ sobre a regulamentação do conteúdo de produtos derivados do tabaco e regulamentação das divulgações de informações sobre os produtos derivados do tabaco. As Diretrizes Parciais recomendam que as “Partes devem regular, proibindo ou restringindo, ingredientes que podem ser utilizados para aumentar a palatabilidade em produtos derivados do tabaco”. As Diretrizes Parciais também recomendam que os “ingredientes indispensáveis para a fabricação de produtos derivados do tabaco e não vinculados à atratividade dos mesmos devem estar sujeitos à regulamentação de acordo com a lei nacional.”²⁶ A adoção destas Diretrizes Parciais, o papel do Brasil em seu desenvolvimento, e seu efeito sobre a regulamentação brasileira contém lições importantes sobre a criação das Diretrizes da CQCT da OMS e seus efeitos sobre a regulamentação nacional.

As Diretrizes Parciais foram desenvolvidas através de um processo intergovernamental. Os representantes do Canadá, da União Europeia (UE) e Noruega agiram como facilitadores-chave de um grupo de trabalho composto de 25 Partes da CQCT da OMS, incluindo o Brasil. Os facilitadores-chave elaboraram as diretrizes parciais que foram apresentadas ao grupo de trabalho para comentários e alterações em uma reunião de outubro de 2009. Uma versão subsequente foi apresentada para as Partes para seus comentários em maio de 2010 e, então, à Quarta Sessão da Conferência das Partes (COP4) em novembro de 2010. A crítica das diretrizes de algumas das Partes da CQCT da OMS (particularmente os países africanos que têm fumiicultura) foi feita em plenária na COP4. Além disso, a Associação Internacional dos Produtores de Tabaco (ITGA) fez um protesto envolvendo fumicultores brasileiros, e de outros países, com o objetivo de prevenir a adoção das Diretrizes Parciais. A preocupação principal expressa pela ITGA e países africanos com fumiicultura foi de que as restrições aos sabores e aditivos teriam um efeito negativo a subsistência dos fumicultores de tabaco do tipo burley.

No período que antecedeu a COP4, o processo de elaboração das Diretrizes Parciais para os Artigos 9 e 10 aconteceu em paralelo ao debate vigoroso dentro do governo brasileiro sobre o tema. O Departamento da Agricultura se opôs à adoção

das Diretrizes Parciais – pelo menos em parte por causa da preocupação com fumicultores de tabaco tipo burley, um tipo de tabaco que recebe a adição de ingredientes quando processado – e um acordo foi feito através da Casa Civil (mais especificamente, do Chefe de Gabinete da Presidência) no qual o Brasil permaneceria neutro neste tema na COP4, e que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) não regulamentaria aditivos caso as Diretrizes Parciais não fossem adotadas.

Poucos dias após a adoção das Diretrizes Parciais, o Conselho de Diretores da Anvisa iniciou uma consulta pública sobre proibir a venda de produtos derivados do tabaco contendo aditivos. Logo após a adoção das Diretrizes Parciais, o momento deste anúncio levanta a questão se a CQCT da OMS teve um efeito sobre a regulamentação nacional. Por outro lado, o fato de que o Brasil foi membro do grupo de trabalho levanta a questão do papel que as questões domésticas desempenharam no desenvolvimento das Diretrizes Parciais da CQCT da OMS.

Nossa análise foi guiada pelas seguintes três questões:

1. Quais foram as condições em que as Diretrizes Parciais da CQCT da OMS foram elaboradas e adotadas com sucesso?
2. Qual foi o impacto das Diretrizes Parciais sobre a regulamentação brasileira?
3. Que papel o grupo de trabalho da CQCT da OMS desempenhou na difusão de política pública de um país para outro?

Estas questões têm implicações importantes para a formulação de políticas. Em primeiro lugar, a identificação das condições nas quais as Diretrizes da CQCT da OMS são elaboradas e adotadas podem ajudar os representantes da saúde a criar condições semelhantes no futuro e avançar no controle do tabagismo. Em segundo lugar, entender o impacto das Diretrizes sobre a regulamentação ajuda os representantes da saúde a avaliar melhor os méritos de elaborar diretrizes. Em terceiro lugar, entender o papel dos grupos de trabalho na difusão de políticas poderia também ajudar a melhorar o desenho institucional, não apenas no contexto do controle do tabagismo mas também em outras áreas de saúde global.

25. As Diretrizes Parciais foram adotadas na COP4 (Punta del Este, Uruguai) em 2010, seguida pela adoção de alterações para as Diretrizes Parciais na COP5 (Seul, Coreia do Sul) em 2012.

26. Diretrizes Parciais para a Implementação dos Artigos 9 e 10 da CQCT da OMS, Regulamento do conteúdo dos produtos derivados do tabaco e regulamento das divulgações de produtos derivados do tabaco, disponível em http://www.who.int/fctc/diretrizes/adotadas/article_9and10/en/. Veja o parágrafo 3.1.2.2.

1. As Condições em que as Diretrizes Parciais foram adotadas

A literatura sobre a interseção de direito internacional e relações internacionais sugere um número de teorias diferentes e algumas vezes, concorrentes, sobre por que os estados criam regimes.²⁷ As teorias realistas sugerem que os estados criam regimes na busca pelo poder e, em particular, na busca de ganhos relativos a outros estados.²⁸ Os teóricos de instituições racionais sugerem que os estados desenvolvem regimes internacionais para resolver problemas de cooperação e coordenação em condições de interdependência. Esta escola neoliberal de pensamento compartilha algumas suposições com teorias realistas em que ambas assumem que os estados agem em seu próprio interesse racional e em busca do poder. No entanto, os neoliberais enfatizam que os estados estão preocupados com ganhos absolutos ao invés de ganhos relativos a outros estados. A teoria liberal sugere que as preferências do estado refletem as visões de grupos distintos dentro da sociedade nacional, em vez do próprio interesse racional de um estado unitário.²⁹ Da mesma forma, o construtivismo se concentra no poder das ideias e no papel que as estruturas desempenham em influenciar as preferências dos estados. Os construtivistas argumentam que o sistema internacional, incluindo organizações internacionais como a OMS, socializam os estados a aceitar novos valores, normas e percepções de interesse. Dito de outra forma, “o sistema internacional pode alterar o que os estados desejam.”³⁰

No contexto da CQCT da OMS, os problemas de ação coletiva (entre as Partes) fornecem as bases para uma explicação racionalista de cooperação internacional para abordar estas questões.³¹ No entanto, as Partes podem implementar muitas medidas da CQCT da OMS de modo unilateral, incluindo regulamentações sobre os aditivos. Isso levanta a questão de por que as Partes fariam um compromisso legal internacional ou desenvolveriam diretrizes sobre esta questão. Nesse sentido, nossa pesquisa sugere que a CQCT da OMS pode proteger políticas nacionais contra o lobby da indústria do tabaco, e as negociações da Convenção e suas Diretrizes podem ter tido um efeito educativo para os oficiais do governo e assim dar forma às preferências do governo. Um fator adicional a considerar pode estar na estrutura da Convenção em si, no sentido de que a CQCT da OMS é uma convenção-quadro criada para ser complementada por diretrizes. A este respeito, o Artigo 7 exigiu à Conferência das Partes que a mesma proponha diretrizes para os Artigo 8 – 13 da Convenção.

No contexto brasileiro, a elaboração das Diretrizes Parciais para a Implementação dos Artigos 9 e 10 foi realizada em dois estágios. Em primeiro lugar, a Anvisa participou como o único delegado do governo brasileiro no grupo de trabalho da CQCT da OMS responsável por apresentar relatório à COP4. A posição da Anvisa como delegado foi baseada no fato do grupo de trabalho envolver um exercício técnico ao invés de político. Em segundo lugar, o Brasil levou uma grande delegação para a COP4, com representantes de uma série de agências e ministérios, para o que era visto como uma negociação política das Diretrizes Parciais. Conforme foi negociado na Casa Civil antes da COP4, devido ao desacordo entre as diferentes agências do governo, a delegação não desempenhou um papel ativo no debate em torno das Diretrizes Parciais dos Artigos 9 e 10 na COP4. A nossa investigação junto a vários atores-chave não deixou claro se, e o quanto, as diretrizes foram discutidas pelos atores relevantes dentro do órgão de coordenação nacional, a CONICQ, e se talvez a negociação na Casa Civil tenha ocorrido por causa de uma falha em se chegar em acordo dentro da CONICQ.

Nossa pesquisa sobre a participação brasileira no desenvolvimento das Diretrizes Parciais para a Implementação dos Artigos 9 e 10 revelou três principais resultados. Em primeiro lugar, o enquadramento do desenvolvimento da diretriz através do grupo de trabalho como um exercício técnico ao invés de político foi fundamental para dar à Anvisa acesso ao processo de elaboração acima e além do que o de outras áreas do governo com interesses distintos. Como a Anvisa apoiava a elaboração das Diretrizes Parciais, em contraste com outras agências do governo, a participação da Anvisa no grupo de trabalho pode ter sido expressiva para a elaboração das Diretrizes Parciais.

Em segundo lugar, o exemplo brasileiro mostra como as diretrizes são elaboradas em um contexto de um jogo de negociação em dois níveis. A regulamentação nacional e os debates regulatórios nacionais podem afetar o desenvolvimento de instrumentos internacionais, uma vez que os estados buscam incorporar suas abordagens regulatórias pré-existentes no sistema internacional. As autoridades de saúde nos estados onde a regulamentação está sob debate também olham para a esfera internacional em busca de assistência para resolver debates internos. Neste sentido, há interação entre os níveis nacional e internacional, com cada um tendo o potencial para influenciar o outro. Neste jogo de negociação, diferentes fóruns internacionais oferecem

27. Regimes são “princípios implícitos ou explícitos, normas, regras e procedimentos de tomada de decisão em torno dos quais as expectativas dos agentes convergem em uma dada área de relações internacionais.” (De Stephen Krasner, *Structural Causes and Regime Consequences: Regimes as Intervening Variables*, 36(2) *International Organization*, 185-205, (Spring 1982), p. 185.

28. Para discussão, veja Robert Baldwin (ed.) *Neorealism and Neoliberalism: The Contemporary Debate*, Columbia University Press (1993).

29. Veja Andrew Moravcsik, “Taking Preferences Seriously: A Liberal Theory of International Politics” 51(4) *International Organization*, 1997, 513-553.

30. Veja, Martha Finnemore, *National Interests in International Society*, Cornell University Press, (1996), pp 5-6 (ênfase no original).

31. Benn McGrady, *Comércio e Saúde Pública*, pp 247-253; Para uma diferente conta racionalista, veja Asif Efrat, *A Theory of Internationally Regulated Goods*, 32 *Fordham International Law Journal*, (2009) 1466-1523.

diferentes riscos e oportunidades para a saúde pública. Por exemplo, a Conferência das Partes da CQCT da OMS é um fórum dominado pelos interesses da saúde. O que pode ser contrastado com outros como a da Organização Internacional para Padronização (ISO), na qual a indústria pode ter, possivelmente, uma voz mais forte.

Em terceiro lugar, as Partes da CQCT da OMS com regulamentações menos avançadas podem utilizar o processo de elaboração de diretrizes internacionais como um meio de aprendizado das experiências de outras Partes. Por exemplo, a legislação canadense que rege os aditivos do tabaco foi aprovada em 2009³² e o Canadá desempenhou um papel de liderança na elaboração das Diretrizes Parciais para a Implementação dos Artigos 9 e 10 como um dos facilitadores-chave do grupo de trabalho. Neste sentido, o grupo de trabalho apresentou a Anvisa não apenas com uma oportunidade de fornecer apoio técnico, ou influenciar a regulamentação nacional, mas também aprender a partir das experiências das outras Partes.

2. As Condições sob as quais os Regimes afetam o Comportamento do Estado

Nossa pesquisa sugere que a CQCT da OMS influenciou a regulamentação brasileira de duas maneiras importantes. Em primeiro lugar, se não fosse pela adoção das Diretrizes Parciais para a Implementação dos Artigos 9 e 10, a regulamentação da Anvisa não teria sido aprovada no formato e no momento no qual foi aprovada. Como foi descrito acima, antes da COP4, as agências do governo com perspectivas opostas sobre a regulamentação de aditivos nos produtos derivados do tabaco se reuniram na Casa Civil. Foi acordado que a Anvisa não iria regulamentar os aditivos a menos que as Diretrizes Parciais fossem adotadas. Não estamos sugerindo que a adoção das Diretrizes Parciais foi a única influência causal sobre a aprovação da regulamentação, mas que a adoção das Diretrizes Parciais foi uma condição necessária para a aprovação desta regulamentação nacional.

Este resultado é significativo no contexto mais amplo da CQCT da OMS. Existem poucos estudos empíricos que demonstram o impacto da CQCT da OMS sobre o controle do tabagismo no nível nacional. O Secretariado da Convenção produz relatórios globais com periódicos sobre o progresso da Convenção baseados nas respostas das Partes da CQCT da OMS utilizando um instrumento padronizado.³³ O relatório de 2012 mostrou implementação parcial da Convenção com uma tendência para a implementação. No entanto, o valor destes relatórios é limitado uma vez que o instrumento utilizado

pelos Partes contem questões gerais que não fornecem detalhes significativos sobre as medidas que as Partes têm implementado. Além disso, os relatórios não fornecem informações que poderiam contribuir para um entendimento melhor do porque uma Parte adotou uma certa medida e qual a influência da CQCT da OMS e suas Diretrizes podem ter tido na tomada de decisão.

Além destes relatórios periódicos do progresso global, os estudos de caso de implementação em países específicos apareceram em publicações acadêmicas, mas permanecem questões sobre o impacto, e valor, do modelo legal internacional representado pela CQCT da OMS. Mais especificamente, questões permanecem sobre se as Partes mudaram o seu comportamento devido a sua obrigação legal, ou por outros motivos. Visto estas questões, durante a Quinta Sessão da Conferência das Partes da CQCT, as Partes solicitam ao Secretariado da Convenção um relatório sobre as opções para avaliar o impacto da CQCT da OMS.

Em segundo lugar, a participação do Brasil no grupo de trabalho para elaborar as Diretrizes Parciais teve um impacto sobre a regulamentação nacional. A cronologia de eventos que sugere que a Anvisa estava se preparando para lançar a regulamentação antes das Diretrizes Parciais serem adotadas. A este respeito, as reuniões do grupo de trabalho forneceram uma oportunidade para os reguladores trocarem ideias e informações e, em particular para o Brasil e outras Partes da CQCT da OMS, aprender a partir da experiência canadense de regulamentação de aditivos. A experiência canadense com a proibição parcial dos aditivos foi informativa. A Anvisa aprendeu com o exemplo canadense e, finalmente, apresentou uma abordagem regulatória mais abrangente, já que inclui a proibição do mentol.

3. Marcos Regulatórios como um Veículo para Difusão de Políticas

Normalmente, acadêmicos argumentam que a difusão de políticas deriva, em grande parte, da interação entre as redes transnacionais de tomadores de decisão políticas e elites. Mais recentemente, no entanto, tem-se argumentado que a difusão de políticas tem bases democráticas nas quais os políticos se fiam em modelos estrangeiros para tranquilizar os eleitores.³⁴ A experiência brasileira ilustra como cada um destes argumentos também pode ser verdadeiro no contexto global do controle do tabagismo. Em primeiro lugar, a CQCT da OMS criou de fóruns favorável à difusão de políticas de um país para outro. Em segundo lugar, a CQCT da OMS e suas Diretrizes podem ser utilizadas lado a lado de modelos estrangeiros de políticas

32. Bill C-32, Uma Ato para alterar o Ato do Tabaco (também chamado "Cracking Down on Tobacco Marketing Aimed at Youth Act").

33. Secretariado da CQCT, veja http://www.who.int/fctc/reporting/summary_analysis/. Último acesso em 25 de junho de 2014.

34. Katerina Linos, *The Democratic Foundations of Policy Diffusion*, Oxford University Press, 2013

para tranquilizar eleitores e outros departamentos do governo sobre a legitimidade das medidas de controle do tabagismo. Nossa pesquisa utilizou principalmente a elaboração das Diretrizes Parciais para a Implementação dos Artigos 9 e 10 como um exemplo, mas a discussão pode ser ampliada e aplicada à maioria dos artigos neste e muitos outros tratados e acordos internacionais.

Redes Transnacionais

Há um crescente corpo de literatura no campo da ciência política sobre a difusão de políticas. Esta literatura sugere que a difusão de políticas ocorre por uma série de motivos, incluindo competição entre os governos, aprendizado a partir das experiências de cada país, coerção e construção social.³⁵ Uma linha de argumento sugere que as redes transnacionais de representantes de governos são importantes para estes processos de difusão de políticas.³⁶

Através de reuniões regulares, a CQCT da OMS facilitou o desenvolvimento de uma rede transnacional de controle do tabagismo, incluindo representantes de governo e sociedade civil. O grupo de trabalho para elaboração das Diretrizes Parciais fornece um exemplo particularmente adequado porque se deu em um fórum no qual os representantes de diferentes Partes puderam trocar ideias e compartilhar experiências. O Canadá, a União Europeia e a Noruega foram os facilitadores chave deste grupo de trabalho e responsáveis pela elaboração do texto proposto para aos outros membros do grupo. O Canadá proibiu aditivos, com a exceção do mentol, antes da elaboração das Diretrizes Parciais e compartilhou sua experiência com o grupo de trabalho.

Além da colaboração entre a Anvisa e outros governos na elaboração das Diretrizes Parciais para a Implementação dos Artigos 9 e 10, a história da regulamentação da Anvisa também aponta para uma consulta mais direta entre os oficiais e especialistas do Brasil, Canadá e os Estados Unidos no desenho e justificativa da regulamentação. Por exemplo, oficiais de saúde do Canadá apresentaram sua experiência para os oficiais dos países do MERCOSUL antes da COP4 e forneceram informações de base sobre questões tais como a composição de produtos no mercado canadense. Os especialistas de saúde dos Estados Unidos também forneceram evidência sobre questões científicas durante as audiências públicas sobre a proposta de regulamentação. O fato de que a regulamentação brasileira ocorreu após as regulamentações semelhantes nos Estados Unidos e Canadá sugere que a experiência do Brasil pode fornecer um exemplo da difusão

de políticas. Ou seja, a experiência brasileira poderia ser vista como um exemplo de um governo que aprende com (ao contrário de copiar) políticas implementadas por outros governos.

A ligação entre o grupo de trabalho e a regulamentação da Anvisa sugere que as teorias de difusão de políticas relacionadas com as redes transnacionais se aplicam ao contexto do controle do tabagismo. Além disso, é possível expandir essas teorias e sugerir que a CQCT da OMS, através dos seus grupos de trabalho, oferece um fórum que pode facilitar a difusão de políticas através do aprendizado.

Esta conclusão tem implicações importantes para o desenho institucional no contexto de saúde global. Vários artigos da CQCT da OMS preveem a troca de conhecimento e experiência a fim de promover a implementação dos mesmos. Como indicado no Artigo 22 da CQCT da OMS, esta cooperação deverá promover a transferência de tecnologia e experiência técnica, científica e legal, conforme mutuamente acordado. Esta disposição fornece uma base mais ampla para as Partes compartilharem experiências e incentivar a difusão de políticas de uma arte a outra. Este estudo de caso também sugere que a capacidade da CQCT da OMS para influenciar a regulamentação nacional não é exclusivamente conduzida pela posição da Convenção como lei internacional. Ao invés disso, o controle do tabagismo se beneficia dos processos estabelecidos para o desenvolvimento adicionais do tratado, de acordo com as teorias sobre o poder do processo de negociação, de modo mais amplo.³⁷ Finalmente, este estudo de caso também é relevante para esforços mais amplos na prevenção e controle das DCNTs, porque sugere a criação de fóruns para facilitar a difusão de políticas pode acelerar a mudança de políticas públicas ao nível nacional.

Bases Democráticas

Outro argumento sugere que a difusão de políticas tem bases democráticas. Este argumento afirma que os políticos adotam modelos estrangeiros para tranquilizar e convencer os eleitores a respeito de reformas políticas locais.³⁸ De forma semelhante, a Anvisa invocou as regulamentações canadenses e americanas como uma justificativa para a proposta de regular os aditivos no Brasil. Vindo como ela veio, após o acordo da Casa Civil e sem consenso interministerial sobre os méritos da regulamentação, o objetivo de se referir às regulamentações canadenses e americanas foi de dar legitimidade ao argumento para regulamentação e tranquilizar os principais atores de sua necessidade. A Anvisa foi ao ponto de ter especialistas em

35. Frank Dobbin, Beth Simmons e Geoffrey Garrett, "The Global Diffusion of Public Policies: Social Construction, Coercion, Competition, or Learning?" 33 Annual Review of Sociology, 449-472, (2007).

36. Veja por exemplo Jacqui True e Michael Mintrom, "Transnational Networks and Policy Diffusion: The Case of Gender Mainstreaming," 45(1) International Studies Quarterly, 27-57, (2001)

37. Neste ponto, veja Heather Wipfli and Grace Huang, Power of the processo: Evaluating the Impact of the Framework Convention on Tobacco Control Negotiations, 100(2-3) Health Policy, 107-115, (2011)

38. Op cit, Linos.

saúde dos EUA fornecerem evidência nas audiências públicas com base nos EUA ser considerado um país grande e influente, particularmente em questões científicas. Da mesma forma, as Diretrizes Parciais para a Implementação dos Artigos 9 e 10 da CQCT da OMS não foram utilizadas somente para quebrar um impasse político, mas também para justificar a regulamentação do produto no debate político nacional. Apesar do reconhecimento destas importantes influências, um oficial da saúde de alto escalão também afirmou que a Anvisa não precisa seguir os exemplos canadenses e americanos e poderia fazer o que considerasse necessário.

Conforme discutido em detalhes a seguir, a Anvisa é uma agência regulatória independente com um poder regulatório

conferido por estatuto. A Anvisa teve e continua a ter uma relação antagônica com o setor do tabaco no Brasil sobre o seu papel na regulamentação do tabaco. Neste contexto, a explicação mais provável para a invocação de modelos estrangeiros e das Diretrizes Parciais seria a necessidade de proporcionar à Anvisa uma proteção política contra os setores do governo que se opunham à regulamentação, embora a Anvisa, mesmo sem esta proteção permanece segura em seu mandato para regular o tabaco. Como tal, o estudo de caso destaca o valor para política nacional do desenvolvimento de Diretrizes na CQCT da OMS.

Parte III – Formação e Efeitos da CQCT – Principais Resultados / Recomendações

- A regulamentação da Anvisa sobre os aditivos em produtos derivados do tabaco não teria ocorrido senão pela adoção das Diretrizes Parciais para os Artigos 9 e 10 da CQCT da OMS.
- Para limitar a influência da indústria do tabaco, e garantir bons resultados para a saúde pública, é importante enquadrar a elaboração de diretrizes da CQCT da OMS como um processo técnico em vez de político.
- O processo técnico da elaboração de Diretrizes da CQCT da OMS pode prover um fórum de aprendizado para as Partes e de difusão de políticas de uma Parte para outra.
- O processo de elaboração de Diretrizes Parciais para a Implementação dos Artigos 9 e 10, e seu papel na regulamentação brasileira, tem lições importantes para esforços globais de prevenção e controle das DCNTs. A criação de fóruns internacionais formados por estados, enfocados nas questões técnicas e regulatórias pode facilitar o aprendizado, difusão de políticas e regulamentação mais sólidas para os fatores de risco das DCNTs.

Parte IV – O Papel da Autonomia Institucional na Governança da Saúde

De acordo com o consenso intelectual de grande parte dos acadêmicos que pesquisam o desempenho de agências do governo, um maior nível de autonomia pode ajudar a distanciar os tomadores de decisão que desenvolvem regras e regulamentos da influência e/ou interferência política. A sugestão teórica mais comum é que os servidores das agências regulatórias são mais informados e são mais racionais e neutros em seus esforços para criar regulamentações do que seus pares políticos, que podem estar enfrentando e/ou servindo interesses concorrentes. Muitos ativistas do controle do tabagismo compartilham essa conceituação de autonomia institucional, acreditando que é um elemento importante para conduzir a economia política de controle do tabagismo a favor da saúde pública. Nos EUA, por exemplo, algumas grandes organizações de saúde fizeram força para que a Food and Drug Administration tivesse uma autoridade mais independente para regular o tabaco (por exemplo, American Lung Association 2012; Campaign for Tobacco Free Kids 2014).³⁹ Nós examinamos estas proposições no contexto de controle do tabagismo no Brasil.

Antes de discutir a experiência brasileira, é interessante observar que os acadêmicos e especialistas de desenho institucional sugerem que há dois tipos fundamentais de autonomia, *de jure* e *de facto* (Gilardi e Maggetti 2010; Maggetti 2007). A autonomia *de jure* de uma instituição deriva da lei ou algum outro mecanismo legal (por exemplo, regulamentação adicional). Com algum contraste, autonomia *de facto* é a dose real de independência que uma agência exerce quando está tentando cumprir o seu mandato; em outras palavras, está relacionada diretamente com o volume de resistência e/ou concorrência que ela experimenta vindas de outras entidades governamentais enquanto se esforça para servir o público. As entidades não governamentais também podem oferecer a resistência ou concorrência aos esforços de agências que buscam cumprir a sua missão.

A agência de vigilância sanitária do Brasil, a Anvisa, criada pelo Congresso brasileiro através da Lei 9782 em 1999, é a entidade institucional explicitamente encarregada em promover e proteger a saúde pública dos cidadãos do Brasil, o que faz através de por registro/cadastramento, vigilância, pesquisa e

regulamentação (e algumas vezes, execução e/ou “controle”) de produtos e serviços, o que pode incluir tecnologias, processos e ingredientes.⁴⁰ Especificamente para o controle do tabagismo, a agência desempenha papéis fundamentais sobre leis e regulamentações importantes tais como proibição de publicidade, leis de ambientes livre de fumo, restrições sobre a embalagem e rotulagem, e particularmente pertinentes a esta discussão, regulando ingredientes de produtos derivados do tabaco. A Anvisa é oficialmente ligada ao Ministério da Saúde por um contrato de gestão periódico (discutido abaixo). Juntamente com o Ministério de Relações Exteriores (comumente referido como Itamaraty), é também responsável pelas relações com organizações intergovernamentais que abordam questões de vigilância sanitária (por exemplo, a Organização Mundial da Saúde e a Organização Mundial de Normas).⁴¹

Oficialmente, dentro dos parâmetros de governança no Brasil, a Anvisa é uma autarquia, o que significa por definição que possui uma autonomia *de jure* significativa. A lei que estabelece a Anvisa é específica quanto a uma série de características institucionais que os especialistas tipicamente identificam como fundamental para maior autonomia com relação às pressões políticas mais evidentes (incluindo ambos oficiais de governo eleitos bem como os não eleitos poderosos), incluindo o processo de nomeação, orçamento e relação com outras instituições oficiais. Em primeiro lugar, os cinco diretores da Anvisa são nomeados pelo Presidente com aprovação do Senado por um prazo de 3 anos, com a possibilidade de uma renovação de mandato. Especialistas tipicamente argumentam que maiores prazos aumentam a independência, e que os líderes de agências precisam de tempo suficiente para liderar uma organização de modo eficaz. Os limites de prazo brasileiro para diretores estão na média dos padrões internacionais, apesar de uma série de outras grandes instituições governamentais em todo o mundo, especialmente os bancos centrais, terem recentemente resolvido implementar prazos mais longos, em um esforço de gerar uma independência e estabilidade ainda maiores na formulação da políticas.⁴² Um dos diretores da Anvisa é nomeado e confirmado como o presidente-diretor e chefia o conselho da

39. Veja a Associação Americana de Pulmão, “What FDA Regulation of Tobacco Products Really Means” em <http://www.lung.org/stop-smoking/tobacco-control-advocacy/federal/fda-regulates-tobacco/what-fda-regulation-of.html> e Campanha para Crianças Livres do Tabaco, “Why the FDA Should Regulate Tobacco Products,” (Folha Informativa) em <http://www.tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0030.pdf>. Ambos os documentos acessados pela última vez em 25 de junho de 2014.

40. Veja particularmente os Artigos 7 e 8 da Lei 9782, que soletra o mandato amplo de forma muito explícita. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm. Último acesso em 26 de junho de 2014.

41. Para uma discussão completa dos esforços relacionados com o tabaco da Anvisa, veja o relatório da Anvisa, “A Anvisa e o Controle dos Produtos Derivados do Tabaco”, 2014. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/2f2e8b8043964066b572f5064ed24089/ivreto.pdf?MOD=AJPERES>.

42. Veja, por exemplo, Alex Cukierman e Francesco Lippi (1999), “Central bank independence, centralization of wage bargaining, inflation and unemployment: Theory and some evidence.” *European Economic Review* 43, 7: 1395-1434.

agência. Os diretores não podem simultaneamente ter outros trabalhos no setor privado ou no público (exceto trabalhos acadêmicos públicos ou, estranhamente, parcerias em escritório de advocacia), mitigando, teoricamente, os riscos de conflito de interesse e buscando profissionalizar suas posições. Da mesma forma, os diretores não podem possuir negócios no setor da saúde que sejam regulados pela Anvisa. Um diretor pode ser removido nos primeiros 120 dias de seu mandato inicial, mas depois disso somente por violações flagrantes como abandono do dever, sentença judicial por atividade criminosa ou o não cumprimento do contrato de gestão (veja a discussão abaixo). Estes parâmetros de remoção são severos dentro dos padrões internacionais: é difícil para um político remover um diretor da Anvisa por motivos falaciosos, o que representa bom augúrio para que se aumente a independência da agência.

Financeiramente, a Anvisa demonstra independência significativa porque seu orçamento é separado do resto do Ministério da Saúde.⁴³ O orçamento vem diretamente do tesouro, de acordo com o que é determinado pelo Ministério de Planejamento e Orçamento do governo federal. Há duas fontes principais no orçamento anual: uma designada especificamente para a Anvisa e a outra do Fundo Nacional de Saúde. O uso destes fundos – desde que permanecendo em conformidade com as regras de orçamento governamentais – fica a critério da agência. O orçamento é destinado às atividades regulares e vai também para municipalidades e estados de acordo com o plano de trabalho preparado em colaboração com as partes interessadas em uma reunião de planejamento anual. Esta dinâmica centraliza o poder orçamental no nível federal, dando a agência significativa flexibilidade para influir sobre as questões contidas em seu mandato em todos os níveis do governo. As multas e taxas das atividades regulatórias da Anvisa são coletadas pelo tesouro e não são diretamente alocadas para a agência. Pelos padrões internacionais, a Anvisa demonstra altos níveis de autonomia financeira, o que contribui para uma outra camada de autonomia do Ministério da Saúde, descrito abaixo. Em muitos países, a agência de vigilância da saúde – se há uma – é financiada por uma rubrica no orçamento do ministério da saúde e é, portanto, mais vulnerável às preferências políticas internas (ou externas) do ministério. Em outros países, o orçamento das agências de saúde é determinado anualmente pelo poder legislativo, que é uma relação potencialmente vulnerável à captura ou forte influência de interesses privados, que colocam pressão sobre os legisladores e/ou de partidos políticos com ideologias rígidas que buscam interferir com os mandatos das agências de saúde. Em essência, nestes modelos, a política em vez de expertise técnica muitas vezes orienta decisões importantes.

A relação entre a Anvisa e o Ministério da Saúde é contratual. A base para o trabalho da Anvisa é um “contrato de gestão” com o Ministério da Saúde que fornece a agência seu ponto de vista e torna a Anvisa diretamente responsável para cumprir estas obrigações contratuais. Quando o presidente-diretor toma posse, ele/ela tem 120 dias para negociar um contrato com o Ministério da Saúde. Este contrato determina os objetivos da agência, os quais são acordados em um Plano de Trabalho anual e são muito específicos. Os objetivos estabelecem metas e prazos, e incluem aspectos como “implantar ações de gerenciamento de riscos à saúde em portos, aeroportos e postos de fronteiras em 80% das unidades de vigilância de saúde da Anvisa” (de 2011). Se a Anvisa desvia do Contrato de Gestão, ela deve apresentar uma justificativa para o Ministério da Saúde dentro de 60 dias. Se a Anvisa não apresenta uma justificativa, ou se o Ministério da Saúde não considera a justificativa bem fundamentada, o Ministério da Saúde pode encaminhar para o Presidente o pedido de demissão dos diretores da Anvisa. Através desta dinâmica, o Ministério da Saúde tem autoridade sobre a Anvisa, o que poderia mitigar a autonomia da agência para regular. Para o cumprimento dos objetivos da saúde pública, esta dinâmica entre o ministério e a Anvisa poderia se manifestar de várias maneiras diferentes. Se, por exemplo, houver um Ministro de Saúde que tenha um compromisso forte com a saúde pública e uma diretoria da Anvisa que fosse menos compromissado, essa dinâmica poderia melhorar a regulamentação da saúde pública através de persuasão da agência a ser mais ativa nas questões de saúde pública. Por outro lado, se houver um Ministro de Saúde pouco interessado, ou mesmo hostil, à saúde pública, o Ministro poderia fazer o trabalho de até mesmo os diretores da Anvisa mais engajados um grande desafio em termos de cumprimento de objetivos legítimos de saúde pública.

Em termos de controle do tabagismo mais especificamente, não está claro como este contrato pode ajudar ou atrapalhar as relações da Anvisa com outras instituições chave no processo de busca do cumprimento com as suas obrigações de controle do tabagismo. Por exemplo, não há clareza sobre como a Anvisa e o Ministério da Saúde garantem que o contrato está preparado de acordo com os objetivos estabelecidos pela CONICQ, o mecanismo interministerial que é encarregado em coordenar o controle do tabagismo e implementar a CQCT da OMS. A Anvisa juntou-se à CONICQ oficialmente apenas em 2012 e ainda não há um mecanismo formal para a coordenação do trabalho.⁴⁴ Dentro da Anvisa, ainda não está claro como a Anvisa em si, ou a Gerência-Geral de Produtos Derivados do Tabaco (GGTAB) dentro dela, coordena o trabalho dentro dos parâmetros mais amplos da CONICQ.

43. Brasil, Ministério do Planejamento, orçamento e gestão: Manual Técnico do Orçamento, MTO 2014 em http://www.orcamentofederal.gov.br/informacoes-orientadoras/manual-tecnico/MTO_2014.pdf página 153 acessada em 2 de junho de 2014

44. Veja o Decreto http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Dsn/Dsn13274.htm.

A Anvisa faz parte do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), que tem um mandato mais amplo do que a Anvisa para monitorar e regular as questões de saúde nos níveis federal, estadual e municipal. Estruturalmente, ainda não está claro como as duas entidades coordenam a política de controle do tabagismo. Um informante-chave relatou que o SNVS tem sido lento em responder as chamadas da Anvisa para envolvimento e apoio ao seu mandato de controle do tabagismo. Por exemplo, a nível local existe apoio limitado para avaliar a fiscalização das leis de controle do tabagismo, criar uma conscientização da importância da questão, introduzindo as estratégias de aplicação da lei na rotina dos inspetores de saúde, promover as iniciativas de capacitação e garantir o apoio das autoridades de saúde estaduais e locais.

Os acadêmicos e estudiosos do tema também demonstraram a importância das normas e expertise para criar autonomia *de facto*.⁴⁵ Em termos das normas, uma agência pode derivar a autonomia *de facto* a medida em que o seu âmbito regulatório estiver alinhado com as normas sociais dominantes. Mais além disso, a percepção pública de *expertise* e imparcialidade da agência pode também contribuir para a sua autonomia *de facto*. Estas variáveis podem intervir com a interferência política, já que os políticos temem ser vistos como se comportando de uma maneira partidária com relação a uma agência independente que reflete o bem público em geral. Em vários momentos importantes, a Anvisa utilizou normas sociais emergentes antitabaco – por exemplo, apoio à proibição de sabores nos produtos derivados do tabaco – uma forma muito eficaz de avançar seus esforços e o cumprimento de seu mandato no controle do tabagismo. Por exemplo, uma pesquisa da opinião pública de 2011 em 164 municipalidades brasileiras demonstrou que 75 por cento dos entrevistados (65% dos quais eram fumantes) apoiavam a proposta da Anvisa para proibir aditivos nos produtos derivados do tabaco a fim de reduzir a atratividade dos produtos.⁴⁶ Vale a pena observar que as organizações da sociedade civil também foram instrumentais em gerar este apoio através de uma campanha nacional de alta visibilidade. Finalmente, e de suma importância, a agência tem uma forte presença e uma reputação de possuir expertise profissional entre o público em geral, recebendo consistentemente resultados positivos em pesquisas de opinião pública recorrentes sobre os serviços públicos oferecidos pela agência.⁴⁷

Desafios e Sucessos Recentes no Controle do Tabagismo na Anvisa

Há 15 anos, a Anvisa tem sido, sem dúvida, uma das principais instituições oficiais conduzindo o controle do tabagismo no Brasil. Após a sua criação em 1999, que lhe deu a autoridade estatutária para regular qualquer produto que representasse um risco à saúde, a agência agiu rapidamente para afirmar a sua autoridade sobre a regulamentação de produtos derivados do tabaco. Em 1999, a Anvisa determinou a regulamentação dos produtos derivados do tabaco e estabeleceu uma estrutura para registro do produto, que incluía uma tabela de pagamento por registro (RDC 320/1999). Em 2001, a agência começou a regular o conteúdo de alcatrão e nicotina, assim como o monóxido de carbono produzido pelos produtos derivados do tabaco (RDC 46/2001). A regulamentação também proibiu descrições enganosas como “suave” e “light,” a primeira deste tipo de proibição no mundo. Também em 2001, a agência começou a regular a embalagem do tabaco e o Brasil foi o segundo país, depois do Canadá, a implementar advertências com imagens nas embalagens de cigarro (RDC 104/2001). Em 2002, a Anvisa institucionalizou sua autoridade com a criação da GPDTA, que mudou para GG TAB em 2013, através do Decreto 435/2002 que também estabeleceu padrões de e para monitorar o setor do tabaco.

A Anvisa liderou a elaboração de uma proposta para a proibição de aditivos nos produtos derivados do tabaco. De acordo com a Anvisa e o Ministério das Relações Exteriores, a Anvisa teve um papel-chave auxiliando o Ministério durante as negociações das Diretrizes Parciais para a Implementação dos Artigos 9 e 10 da CQCT. Estas diretrizes procuram ajudar as Partes a melhorar o controle do tabagismo através da “regulamentação do conteúdo e emissões de produtos derivados do tabaco e através da regulamentação de divulgações de produtos do tabaco” (Diretrizes Parciais 1.1). Entre as questões que as diretrizes abordam são atratividade (1.2.1.1), dependência (1.2.1.2) e toxicidade (1.2.1.3). Durante este tempo, a Anvisa estava também elaborando uma política nacional nesta área, e em 2010, os oficiais da Anvisa apresentaram para o Conselho de Diretores da agência (DICOL) uma proposta (Nº 112) para a proibição total dos aditivos e flavorizantes.⁴⁸ Isto deu início a uma série de ataques vigorosos contra a Anvisa e a sua proposta.

45. Veja Martijn Groenleer (2009), *The Autonomy of European Union Agencies: A Comparative Study of Institutional Development*. Delft: Uitgeverij Eburon.

46. Aliança do Controle do Tabagismo/Datafolha Instituto de Pesquisas: Opiniões sobre a propaganda de cigarros no Brasil in http://actbr.org.br/uploads/conteudo/620_ACT_DATAFOLHA_propaganda.pdf. Último acesso em 2 de junho de 2014.

47. Comunicado à Imprensa da Anvisa, 2013, “Anvisa quer saber sua opinião sobre os serviços da Agência,” disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menu+-+noticias+anos/2013+noticias/anvisa+quer+saber+sua+opinio+obre+os+servicos+da+agencia>. Último acesso em 2 de junho de 2014.

48. Para uma análise completa do cronograma em torno da proibição dos aditivos, veja Silvana Rubano Barretto Turci, Valeska Carvalho Figueiredo e Vera Luiza da Costa e Silva. 2014. “The regulation of aditivos and flavors on tobacco products in Brazil” *Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitário*.

A indústria do tabaco e seus aliados atacaram tanto a autonomia *de facto* quanto *de jure* da Anvisa, embora seja, sem dúvida, em grande parte porque a Anvisa soube aproveitar da vantagem dada por sua autonomia *de facto* para promover o controle do tabagismo, que seus adversários se tornaram mais cientes de seu poder *de jure*. O fato de que a Anvisa ter sido, de certa forma, estabelecida recentemente e que o tabaco é um produto muito novo no portfólio do sistema da Vigilância Nacional de Saúde contribui para um reconhecimento tardio do poder *de facto* e *de jure* da Anvisa. Nós argumentamos aqui que a indústria do tabaco está, sem dúvida, ciente de ambos os poderes, mas escolheu a estratégia *de jure* por antecipar resultados mais favoráveis a ela dentro do sistema legal.

Enquanto esta pesquisa foca nos incidentes mais recentes em torno da proibição de aditivos, vale a pena visitar um pouco da história contemporânea da interferência externa vigorosa e deliberada às iniciativas de controle do tabagismo da Anvisa. A legislação 9294/1996, alterada pela lei 10167/2000, proibiu a maioria da publicidade de tabaco e o patrocínio a todos os eventos esportivos e culturais, e restringiu as propagandas aos pontos de venda. No entanto, o governo adiou o início da proibição de patrocínio a eventos esportivos até 2003 como uma concessão para a indústria do tabaco e outros indivíduos envolvidos com as corridas de Fórmula 1 em São Paulo, que alegaram que sem o patrocínio do tabaco não poderia haver corrida. Mas no início de 2003, mesmo após a Resolução 15 da Anvisa (17 de janeiro de 2003) definindo a propaganda de produtos derivados do tabaco (entre outras coisas), a indústria e seus aliados continuaram a pressionar o governo para estender a exceção, criando, conforme descrito em um canal de notícias, um conflito entre a Anvisa de um lado, e de outro lado, o governo federal, a cidade de São Paulo, promotores da F1, equipes de F1, uma rede de TV e a indústria do tabaco.⁴⁹ Quatro das cinco equipes patrocinadas pelas empresas de tabaco se recusaram a remover o patrocínio (uma equipe – Ferrari/Marlboro – aceitou). Poucos dias antes da corrida, a Anvisa declarou que cumpriria a lei e multaria qualquer equipe que corresse com o logo de tabaco a mostra. À época, o diretor da Anvisa, Ricardo Oliva declarou que as equipes estavam quebrando uma lei que era conhecida por eles durante 3 anos. Capitulando à pressão, o Ministério da Saúde, junto com o Ministério dos Esportes, aprovaram uma Medida Provisória 10702/2003, alterando a legislação anterior, estendendo o início da proibição do patrocínio de

eventos internacionais para 30 de setembro de 2005. A medida também determinou que a transmissão de eventos internacionais teria que ter advertências à saúde no começo, no final e durante o evento (a cada 15 minutos), e deu ao Ministério da Saúde a opção de colocar anúncios antitabaco no local do evento. Em julho de 2003, a Anvisa emitiu outra resolução que regulamentava o conteúdo dos avisos a serem exibidos durante a transmissão de eventos internacionais.

No caso da proibição de aditivos nos produtos derivados do tabaco, o Conselho da Anvisa abriu um processo de consulta formal sobre a proposta de proibição no final de novembro de 2010, embora não estivesse obrigada a abrir essa consulta. O Conselho resolveu abrir a consulta pública a fim de prevenir qualquer críticas futuras da parte de grupos favoráveis à indústria de que não foram incluídas no processo. Estas consultas ocorreram pouco depois da participação do governo brasileiro nas discussões em torno das Diretrizes Parciais para a Implementação dos Artigos 9 e 10 da CQCT na COP4, embora notavelmente, como discutido acima, a delegação brasileira não ter tomado uma posição.

Em 14 de dezembro de 2010, o deputado Luiz Carlos Heinze (PP-RS) propôs um projeto oficial ao Congresso para suspender o processo de consultas públicas da Anvisa sobre a proibição. Até meados de 2014, o projeto venceu vários obstáculos no Congresso, mas permanece oficialmente sob consideração; independentemente desta iniciativa, a Anvisa continua avançando com a proibição.⁵⁰ Ao mesmo tempo, a Fundação Getúlio Vargas publicou um estudo encomendado pela indústria do tabaco e grupos aliados, “*Os Efeitos da Regulamentação da Anvisa*”,⁵¹ que previu consequências econômicas negativas terríveis subsequentes da proposta de proibição. Os principais argumentos do estudo são conhecidos para os defensores do controle do tabagismo, e incluíram: 1) a proibição é infundada, pois não existem resultados mostrando que os aditivos tornam os produtos derivados do tabaco mais viciantes ou atraentes, 2) aditivos são necessários por causa das várias perdas de ingredientes no processo de cura (especialmente açúcar); 3) consumidores procurariam produtos ilícitos para os sabores que estavam acostumados; e 4) Anvisa não tinha autoridade legal para implementar a proibição. O relatório foi bastante criticado por especialistas da saúde pública nacionais e internacionais.⁵²

49. Fábio Seixas, “Governo trabalha em MP para liberar cigarro na F-1,” Folha de São Paulo 2 de abril de 2003. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/esporte/fk0204200302.htm>. Último acesso em 26 de junho de 2014.

50. Veja PDC 3034/10 em <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/829748.pdf>.

51. Fundação Getúlio Vargas/FGV Projetos. (2011). Estudo dos Efeitos Socioeconômicos da Regulamentação, pela ANVISA, dos Assuntos de que tratam as Consultas Públicas No 112 e 117, de 2010. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas..

52. Veja a Fundación InterAmericana del Corazón, “No se negocia: La sociedad civil frente a las estrategias de la industria tabacalera en América Latina.” 2012. Last accessed, 20 June 20 2014. Disponível em: http://www.ficargentina.org/images/stories/biblioteca/la_salud_no_se_negocia%20_-_casos_de_estudio.pdf

A indústria do tabaco também montou uma campanha pública vigorosa contra a proposta, inclusive através da publicidade paga nos principais jornais brasileiros.⁵³ Como resultado disto e de esforços altamente coordenados e financiados, a Anvisa recebeu mais de 128.000 comunicações por correio relacionada às consultas. De acordo com a Anvisa, somente cerca de 10 destas comunicações continham questões e comentários distintos; o restante eram cartas geradas por corporações e/ou associações oponentes da proibição que indivíduos assinaram e enviaram para a agência.

Em 2011, a Anvisa começou a capitular em pelo menos um aspecto específico da proibição proposta. A RDC revisada agora permite a reintrodução de quaisquer açúcares perdidos pelo tabaco durante o processamento. Em um esforço legislativo relativo, o Deputado Jerônimo Goergen (PP-RS) introduziu uma emenda a um proposta de lei que tramitou no congresso autorizando o uso de mentol e cravo (Projeto de lei Nº 2901/11), mas este esforço para minar a proibição falhou.

Em junho de 2011, a primeira audiência pública foi adiada porque o local original não poderia acomodar o interesse “público” na audiência. De acordo com vários relatos, a indústria do tabaco organizou grupos de fumicultores para comparecer às audiências públicas para dar a aparência que existia uma oposição generalizada e acalorada à proibição e que a mesma afetaria a sua subsistência e aumentaria o contrabando.⁵⁴

Apesar destes esforços da indústria do tabaco, a Anvisa e seus aliados da saúde pública continuaram com seus esforços para avançar a proibição através do processo regulatório. Em 2012, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e o Instituto Nacional do Câncer (INCA), sob o Ministério da Saúde, apresentaram os resultados de uma pesquisa demonstrando que a indústria do tabaco utiliza sabores, com sucesso, para atrair os jovens a experimentar os seus produtos, após o que muitos se tornam viciados.⁵⁵ A indústria rebateu esses resultados com uma campanha de relações públicas focada no uso de argumentos de “estado babá” e “liberdade de escolha”, muito familiares aos defensores de controle do tabagismo em todo o mundo.

Em um desenvolvimento dramático em setembro de 2012, e confirmando o argumento de que o poder *de jure* da ANVISA está sob ataque, o Sinditabaco (Sindicato das Indústrias de Tabaco) lançou uma Ação Coletiva Ordinária no 9º Tribunal Federal no Distrito Federal para interromper a proibição com base em que a Anvisa não teria jurisdição suficiente para propor e implementar esta medida. Em setembro de 2012, o

tribunal concedeu uma liminar para suspender a proibição. A Anvisa solicitou um agravo de instrumento para o Tribunal Federal da 1ª Região para suspender a liminar, mas o pedido foi negado. A Anvisa, em seguida, apresentou soluções para o Supremo Tribunal Federal (STF) e o Supremo Tribunal de Justiça (STJ), que continuavam pendentes em junho de 2014. Em junho de 2013, a Anvisa reapresentou um agravo de instrumento para o Tribunal Federal da 1ª Região e desta vez, o tribunal revogou a decisão que concede a liminar. O Sinditabaco imediatamente lançou um apelo, que continuava pendente em junho de 2014.

Em novembro de 2012, a Confederação Nacional da Indústria deu um passo maior, iniciando uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI No. 4874) no Supremo Tribunal, colocando em questão a constitucionalidade da lei que criou a Anvisa em 1999. Em abril de 2013, o Gabinete do Procurador Geral e a Promotoria apresentaram pareceres jurídicos ao STF em defesa da Anvisa. Até julho de 2014, o processo estava aguardando em pauta para julgamento em plenária.

A indústria do tabaco e grupos aliados solicitaram formalmente exceções para a proibição. Em agosto de 2013, a Anvisa removeu temporariamente 121 aditivos da lista de ingredientes proibidos, e ao mesmo tempo estabeleceu um grupo de especialista para analisar os aditivos e completar um relatório dentro de 12 meses no Anexo da Instrução Normativa (IN Nº 06/2013). A sociedade civil conceitualizou esta decisão como um retrocesso para a proibição. A Portaria 1980/Dezembro de 2013 designou os participantes do grupo de especialistas que estão trabalhando em um prazo apertado para responder às preocupações da indústria.

O Futuro da Autoridade Regulatória

O contraponto para o argumento de que a autonomia das agências aumenta a eficácia da mesma e beneficia a saúde pública é o potencial que agências, politicamente isoladas, que não regulamentam de forma adequada, ou de forma alguma, não possam ser facilmente motivadas a mudar de rumo. Por exemplo, captura regulatória pode ocorrer levando a agência regulatória a agir de acordo com os interesses das entidades que deveria estar regulando ao invés do interesse público. Em anos recentes, a Anvisa demonstrou preferências robustas em prol da saúde pública no contexto de forte apoio técnico do Ministério da Saúde, apesar de, publicamente, o apoio político do ministério ter sido menos consistente. As recentes respostas robustas e essenciais aos desafios à RDC 14/12 demonstram a determinação da Anvisa de continuar com a regulação de aditivos nos produtos derivados do tabaco.

53. Ibid.

54. Johanna Noblat (2011). “Proibição da propaganda opõe indústria a médicos” Folha de São Paulo, 6 de dezembro.

55. Valeska Figueiredo, Vera da Costa e Silva, Letícia Casado, Tania Cavalcante e Liz Maria de Almeida, “Use of Flavored Cigarettes Among Brazilian Adolescents: A Step Toward Nicotine Addiction.” Apresentada na 15ª Conferência Mundial sobre Tabaco ou Saúde (WCTOH), 20 de março de 2012, Cingapura, Cingapura.

Os estudiosos têm uma hipótese de que as relações entre a legislativo, o executivo e uma agência específica são fundamentais para determinar a capacidade da agência de regular de forma autônoma. Calvert et al (1989) argumentam que ambos o executivo e o legislativo possuem alguma capacidade de vetar ações por parte do outro. Mas quanto maior a distância nas preferências desses dois atores, maior o espaço da agência para regular mais por conta própria. Uma das principais implicações deste argumento para a Anvisa e o Brasil é que o processo de nomeação de diretores é, portanto, particularmente importante para determinar como a agência regulamenta. Cada um dos atores vai buscar nomeações que melhor representem as suas preferências, e é este processo que oferece uma das melhores oportunidades para mudar o *status quo*. Recentemente, o exercício do diretor da Anvisa, Agenor Alvares, um antigo ministro da saúde e leal defensor de controle do tabagismo, terminou e o lobbying para substituí-lo foi vigoroso, com indivíduos de forte influência no Congresso, e seus apoiadores, procurando um novo diretor mais favorável aos interesses da indústria do tabaco. O processo de seleção foi reconhecido como inerentemente político, mesmo com a grande cobertura da mídia sobre essas manobras políticas.⁵⁶ Esta dinâmica inerentemente política requer que, no momento de novas nomeações para diretores da Anvisa, seja fundamental que os defensores da saúde pública – dentro e fora do governo – procurem influenciar o processo e se assegurem que indivíduos considerados como sérios candidatos sejam, de fato, favoráveis à regulamentação da saúde pública, e expressem suas fortes preferências para nomeação aos tomadores de decisão adequados, particularmente aqueles no poder executivo. Houveram algumas mudanças estruturais na Anvisa e dois novos diretores começaram seus mandatos em 2013 e dois em 2014. Espera-se que a Anvisa continue com a missão da agência de um forte compromisso com o controle do tabagismo. O Diretor Geral, Dr. Dirceu Barbano, se manifesta fortemente em prol do controle do tabagismo e do mandato da Anvisa para regular, o que tem sido animador para a comunidade da saúde pública.⁵⁷

Recursos

Mesmo com uma forte liderança, a Anvisa, e a GG TAB, irão continuar a lutar para cumprir com suas responsabilidades e mandatos por causa do escopo e magnitude destas tarefas. Em primeiro lugar, o registro oficial das marcas de produtos derivados do tabaco é anual para todas as marcas, e obrigatório para novas marcas constantemente introduzidas no mercado brasileiro pela indústria do tabaco. Em segundo lugar, a Anvisa/GGTAB devem responder às frequentes solicitações de informação e às queixas apresentadas pela indústria do

tabaco contra as iniciativas regulatórias da agência contestando o processo de fiscalização. Apesar do apoio existente de outros setores da agência, a pequena equipe da GG TAB está geralmente sobrecarregada com atividades de rotina, tanto administrativas quanto relacionadas com o laboratório, com o preparo de documentos de referência para apoiar as decisões da agência, com propostas de novas iniciativas regulatórias, e com preparo de respostas às consultas públicas, além de ao mesmo tempo desempenhar um papel internacional nos vários grupos de trabalho da CQCT da OMS e em outras reuniões. A GG TAB tem um conjunto de profissionais e infraestrutura pequenos para responder à crescente demanda de ações regulatórias e aos ataques da indústria, dadas as necessidades para coordenação da área do tabaco no Sistema Nacional de Vigilância da Saúde. Apesar do progresso em colocar o controle do tabagismo dentro da agenda da Anvisa, permanece uma lacuna em mobilizar as esferas de nível estadual e municipal da agência para apoiar a aplicação da legislação e regulações existente. Idealmente, a vigilância e fiscalização seriam incorporadas à rotina dos inspetores nos níveis estadual e municipal, acompanhadas de iniciativas de capacitação e alocação de recursos apropriados.

Conclusão

Não resta dúvida de que a maior autonomia das agências regulatórias pode ter um verdadeiro efeito positivo sobre a capacidade dos reguladores para fazer o seu trabalho sem interferência política significativa. No caso da Anvisa, a autonomia *de jure* para regular produtos que afetam a saúde deu-lhe um mandato claro para continuar com as intervenções do controle do tabagismo que alinham a política de controle do tabagismo do Brasil com suas obrigações com a CQCT da OMS. A agência também aproveitou da sua autonomia *de facto* para atingir um nível de intervenção mais profunda ao desenvolver algumas das políticas de controle do tabagismo de maior vanguarda no mundo, incluindo a proibição dos aditivos.

Como a Anvisa aprendeu, no entanto, ao ser um regulador arrojado e sofisticado, ela pode aumentar a resistência e/ou escrutínio que enfrenta, muitas vezes de forma significativa, da parte de vários atores sociais, membros do Legislativo, outros funcionários do governo, indústria, sociedade civil e mídia. Às vezes, esta resistência pode ser tão forte que parece um passo regulatório para trás, já que a agência é pressionada a recuar em uma iniciativa, ou mesmo reverter os esforços anteriores. Talvez pior – pelo menos existencialmente – e como temos visto claramente no caso da Anvisa, alguns destes atores possam rejeitar a autonomia *de jure* em um esforço para afetar a autoridade e esforços regulatórios da agência de modo mais

56. Por exemplo, veja a discussão do envolvimento da parte política no processo em: Andreza Matais e Débora Bergamasco, "Atraso em nomeações deixa Anvisa desde 2012 com quórum mínimo," e "PMDB e PT retomam loteamento de cargos nas agências reguladoras," *Estadão Política*. 21 de agosto de 2013.

57. See interview with Dirceu Barbano, "Director da Anvisa alerta para retrocesso no setor," *Brasil Econômico* 8 October 2013.

abrangente. Esta dinâmica de rejeição não é necessariamente um motivo para as agências diminuírem ou pararem seus esforços regulatórios - de fato, a resistência pode ser um sinal saudável de que eles estão fazendo bem o seu trabalho - mas as agências precisam estar atentas a esta dinâmica, uma vez

que o enfraquecimento permanente de sua autonomia *de jure* afetaria profundamente, a longo prazo, a sua capacidade de regular.

Parte IV – Autonomia da Agência – Principais Resultados/ Recomendações

- Os defensores da saúde pública devem buscar altos níveis de autonomia *de jure* ao estabelecer agências de vigilância e/ou regulatória de saúde, incluindo:
 - o Orçamentos independentes, prazos mais longos para a liderança nomeada e desvinculadas da participação do Congresso.
- Agências de vigilância/regulatória de saúde devem gerar autonomia *de facto*, afirmando seu mandato para monitorar e regulamentar a saúde pública, e protegendo-se de ataques à sua autonomia *de jure*.
 - o Agências devem manter um perfil público forte baseado em altos níveis de expertise e proteção do público.
 - o Mas as agências devem estar cientes de não irem além dos seus limites, o que alienaria constituintes poderosos e poderia minar a sua capacidade de engendrar políticas positivas para a saúde pública.

Parte V – Oportunidades e Desafios do Mecanismo Nacional de Coordenação do Brasil, CONICQ

Por mais de 35 anos, os defensores da saúde estimularam os governos a estabelecer e utilizar disposições intersetoriais como um mecanismo para abordar uma série de questões de saúde pública. Estas normas foram, pela primeira vez, expressas na Declaração de Alma-Ata em 1978, mais explicitamente articulada na Carta de Ottawa da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Promoção da Saúde em 1986, e foram firmemente incorporadas na Convenção-Quadro para Controle do Tabaco da OMS (CQCT da OMS).^{58, 59} O Artigo 4.4 da CQCT urge os governos a estabelecer “medidas e respostas multisetoriais abrangentes para reduzir o consumo de todos os produtos derivados do tabaco nos níveis nacional, regional e internacional” como essenciais”. Os Artigos 5.1 e 5.2 estabelecem a importância de disposições intersetoriais nas declarações como “cada Parte deverá elaborar, implementar, atualizar periodicamente e revisar as estratégias, planos e programas multisetoriais nacionais de controle do tabagismo ...” e “para este fim, cada Parte deverá ... estabelecer ou reforçar e financiar um mecanismo nacional de coordenação ou pontos focais para controle do tabagismo”. Estas declarações incentivam os governos a estabelecer mecanismos de governança centralizados, intersetoriais para implementação da CQCT.

O desafio imediato para os governos decorre da economia política do controle do tabagismo, e o fato de que apoiar a agricultura e produção do tabaco é, até certo ponto, visto como uma responsabilidade específica de alguns ministérios, agências e departamentos do governo, independentemente de como a cadeia de produção do tabaco poderia impactar a saúde das populações.⁶⁰ As diretrizes da CQCT, no entanto, afirmam “que há um conflito fundamental e irreconciliável entre os interesses da indústria do tabaco e os interesses das políticas de saúde pública”. Enquanto uma comissão intersetorial pode trazer a vantagem de possibilitar uma única posição articulada sobre as políticas de controle do tabagismo entre os diferentes setores do governo, mecanismos intersetoriais devem navegar e se esforçar para transcender os mandatos conflitantes de diferentes ministérios. O Brasil foi um dos primeiros países a estabelecer um mecanismo distinto de coordenação nacional intersetorial para implementar as disposições da CQCT. A seguinte seção analisa a criação e operação desta comissão intersetorial, CONICQ, começando com a criação da sua antecessora, a Comissão Nacional para o

Controle do Uso de Tabaco (CNCT) em 1999. A seção começa com uma breve visão geral da história, estrutura e pontos fortes da CONICQ, e segue com uma análise de alguns dos desafios salientes que a mesma vem enfrentando na realização dos objetivos de seu mandato. Finalmente, discutimos as lições que podem ser aplicadas para o futuro trabalho da Comissão e futuros mecanismos de coordenação.

CONICQ: Estrutura e História

A Comissão Nacional para o Controle de Uso do Tabaco (CNCT) foi estabelecida pelo Decreto Presidencial nº 3136/1999. O objetivo do CNCT foi preparar e facilitar o envolvimento do Brasil na negociação da CQCT, iniciadas em 1999. A Comissão foi presidida pelo Ministério da Saúde e incluiu representantes de sete ministérios⁶¹ até a adição de um oitavo, o Ministério de Desenvolvimento Agrário, em 2001. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) serviu como a secretaria da Comissão. A Comissão aconselhou a Casa Civil na elaboração da posição do Brasil durante as negociações da CQCT. Os membros da CNCT participaram das sessões do Órgão de Negociação Intergovernamental (INB) durante a negociação da CQCT.

Após a conclusão das negociações da CQCT em 2003, o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva emitiu o Decreto Presidencial de 1 de agosto de 2003 criando a Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco da OMS e seus Protocolos (CONICQ). O Ministério da Saúde, na Portaria nº 1662 de 26 de agosto de 2003, confirma que os diferentes ministérios nomeiem representantes para a Comissão. A CONICQ é presidida pelo Ministério da Saúde e, de acordo com o Decreto Presidencial de 14 de julho de 2010, deve ser integrada por um representante (e um substituto) de cada um dos seguintes ministérios: Saúde; Relações Exteriores; Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Desenvolvimento Agrário; Fazenda; Justiça; Trabalho e Emprego; Educação; Meio Ambiente; Ciência e Tecnologia; Comunicações; Desenvolvimento, Indústria e Comércio; e Planejamento, Orçamento e Gerenciamento; e o INCA, que desempenha o papel de Secretário Executivo. De acordo com a portaria que regulamenta a Comissão, cada ministro nomeia um membro e um substituto para servir na CONICQ. Uma exceção é feita para o Ministério da Saúde, que tem dois representantes (um do INCA e um do AISA - Escritório de Assuntos Internacionais

58. OMS, Carta de Ottawa para Promoção da Saúde.

59. Declaração da Alma-Ata.

60. Jeffrey Drope e Raphael Lencucha (2013) “Tobacco Control and Trade Policy: Proactive Strategies for Integrating Policy Norms” *Journal of Public Health Policy* 34; Jeffrey Drope and Raphael Lencucha, “Evolving Norms at the Intersection of Health and Trade” *Journal of Health Policy, Politics and Law* 39, 3.

61. Ministério de Assuntos Externos, Ministério das Finanças, Ministério da Agricultura e Fornecimento, Ministério da Justiça, Ministério da Educação, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio.

da Saúde) e dois substitutos (também um do INCA e um do AISA) e finalmente um representante da agência de sanitária do Brasil, Anvisa. O representante do INCA representa o Ministério da Saúde e desempenha o papel de secretário executivo da CONICQ. A estrutura e autoridade da CONICQ criaram oportunidades para implementar as disposições da CQCT em todos os setores do governo. Como era de se prever, no entanto, a mesma estrutura criou desafios únicos para aqueles que buscam alinhamento máximo entre as obrigações internacionais estabelecidas pela CQCT e o controle do tabagismo no Brasil. A seguinte seção analisa os pontos fortes da CONICQ na sua forma atual.

CONICQ: Pontos fortes

O impulso para um enfoque pangovernamental para a formulação, implementação e aplicação de políticas de saúde surgiu dentro de um contexto onde os governos funcionavam, em grande parte, dentro de silos departamentais. Este contexto de “departamentalismo” foi, e é, visto como uma barreira para abordar questões de saúde transversais a ministérios e setores e, assim sendo, exigem intervenções que incluem muitos setores. O controle do tabagismo é uma dessas questões que exigem intervenção não apenas do, e pelo, Ministério da Saúde, mas também pelos Ministérios da Agricultura, Indústria e Comércio, Fazenda, e outros. A principal prerrogativa dos defensores do pangovernamentalismo é que as disposições intersetoriais institucionais que reúnem diferentes setores do governo podem fomentar uma política pública mais coerente. Por exemplo, em uma análise de governança do controle do tabagismo no Brasil, durante e após as negociações da CQCT, Lee e colegas (2010, p. 3) declararam que “esta Comissão (CNCT), incluindo todas as partes pertinentes, assegurou que o controle do tabagismo fosse incorporado em políticas consistentes em todo o governo e não apenas como uma questão do Ministério da Saúde”.⁶² A fim de realizar o benefício potencial dos mecanismos de governança intersetoriais, há a necessidade de uma análise mais empírica de como tais abordagens acontecem na prática. Antes de discutirmos os desafios enfrentados pela CONICQ em realizar a sua função, discutimos alguns dos pontos fortes desta disposição.

O Mandato Presidencial que Cria a CONICQ

Muitas vezes, as abordagens pangovernamentais são *ad hoc* (ou seja, respondem a um problema temporário) ou voluntárias. Um dos pontos mais fortes da CONICQ é que ela foi criada por decreto Presidencial. O fato de que o nível mais alto do governo estabeleceu a CONICQ dá legitimidade à Comissão, presença pública e permanência. Um informante-

chave que trabalha com a CONICQ observou que, “foi muito difícil não nos apoiar (CONICQ), uma vez que tínhamos evidências ... tínhamos compromisso com a CQCT... e a CONICQ foi criada como uma diretiva do Presidente.” Em outras palavras, o fato de que o Presidente determinou o estabelecimento da CONICQ contribui para sua legitimidade em todos os setores, e os membros dos outros ministérios não podem ignorar a existência da Comissão com base de que é uma iniciativa do Ministério da Saúde ou outra diretiva do departamento de saúde. A estrutura de todo o governo é estabelecido e apoiada pelo nível mais elevado do governo.

Potencial para a Coerência Política

A estrutura da CONICQ, incluindo sua composição e liderança, tem proporcionado ao Ministério da Saúde e outras agências de saúde a oportunidade de forjar alianças e coordenar políticas com outros ministérios.⁶³ A CONICQ tem um mandato amplo e abrangente para promover o desenvolvimento, implementação, e avaliação de estratégias, planos e programas, assim como políticas e legislação, e outras medidas, em conformidade com as obrigações previstas pela CQCT. A CONICQ é também responsável por representar o governo brasileiro, e defender sua posição, nas sessões da COP, reuniões dos grupos de trabalho e estudos, e sessões relacionadas aos protocolos. Este mandato explícito para conectar a política nacional com a CQCT fornece a CONICQ uma oportunidade única para continuamente moldar e alinhar atividades nacionais com compromissos internacionais, assim como contribuir para o desenvolvimento de normas internacionais. Nossos resultados sugerem que o papel de liderança do Ministério da Saúde dentro da CONICQ auxiliou a identificar e reforçar alianças com outros ministérios. Por exemplo, através da CONICQ, o Ministério da Saúde e o Ministério de Desenvolvimento Agrário desenvolveram uma relação de trabalho e cooperaram em questões relacionadas aos Artigos 17 e 18 (atividades economicamente viáveis alternativas à fumicultura). De fato, a Coordenadora da Secretaria Executiva da CONICQ e um representante do Ministério de Desenvolvimento Agrário escreveram, em nome da CONICQ, uma declaração conjunta em uma revista proeminente de controle do tabagismo defendendo a representação de vários setores na delegação do Brasil na COP4 no Uruguai.⁶⁴ Um dos membros da CONICQ observou que sua existência ajudou a obter apoio do Ministério da Fazenda, que foi inicialmente oposto à questão de tributação do tabaco. Este indivíduo observou que “no início tivemos um debate muito forte com o Ministério da Fazenda, eles não eram favoráveis a aumentar os impostos, mas ... hoje, o Ministério da Fazenda é um dos defensores mais ativos da CQCT”. A CONICQ serve como um fórum onde os debates

62. Kelley Lee, Luiz Carlos Chagas, e Thomas Novotny, (2010) “Brazil and the Framework Convention on Tobacco Control.” PLoS Medicine 7, 4.

63. Este ponto forte estrutural também serviu como uma limitação. Nós vamos discutir esta limitação na seguinte seção.

64. CONICQ, “Desacordos da Delegação COP4 do Brasil com as Conclusões do Artigo de Pesquisa ‘Implementação da CQCT ITGA na Luta contra a Indústria do Tabaco nas Negociações do Uruguai”

entre setores podem ocorrer. Embora este espaço nem sempre resulte no alinhamento das perspectivas políticas entre os diferentes setores ou a criação de alianças entre os ministérios, há evidência de que em alguns casos isso tenha acontecido.

Potencial para Reduzir a Influência da Indústria

Um dos motivos para a criação da comissão antecessora à CONICQ foi proteger as políticas de controle do tabagismo da interferência indevida da indústria do tabaco. A Comissão trabalhou para este fim, consolidando o controle do tabagismo dentro de um órgão intersetorial. O pensamento foi que os diferentes ministérios seriam responsabilizados por suas posições no controle do tabagismo, obrigando que eles trabalhassem juntos para desenvolver posições comuns. A intenção dessa estrutura é de isolar o controle do tabagismo das preferências pró-indústria, guiando a Comissão na direção de objetivos da saúde e fazendo com que outros setores do governo assumam a responsabilidade para com esta orientação. A Comissão também se esforçou para proteger o controle do tabagismo da influência direta da indústria, excluindo os representantes da indústria do tabaco de serem membros da mesma. A estrutura da CONICQ seguiu a estrutura da CNCT; a dinâmica do departamentalismo entrincheirado aumentou com a criação da Câmara Setorial da Cadeia Produtiva do Tabaco no Ministério da Agricultura em 2003/04. Alguns informantes sugeriram que a Câmara Setorial foi estabelecida como uma resposta à CONICQ, como um meio de proteger e promover os interesses pró-indústria que a CONICQ é designada a excluir.

CONICQ: Desafios

Apesar de vários pontos fortes, a CONICQ enfrentou e continua a enfrentar três desafios importantes: 1) conflitos internos entre os membros, 2) o estímulo à respostas institucionais para proteger os interesses da indústria do tabaco dentro do governo, e 3) a exclusão das organizações da sociedade civil. Nós discutimos estes três desafios abaixo.

Conflitos Internos

Apesar do papel executivo que a CONICQ é destinada a exercer, nossos resultados sugerem que a Comissão serve principalmente, e é vista como, um órgão consultivo para o Gabinete. Dada a capacidade consultiva *de facto* da CONICQ, descobrimos que grande parte do trabalho para estabelecer medidas mais fortes de controle do tabagismo foi realizado por departamentos e agências individuais, que atuaram fora do âmbito da CONICQ. Por exemplo, a Anvisa é um membro da CONICQ, mas depois da COP4, agiu em grande parte de forma independente da Comissão para estabelecer a proibição sobre os aditivos do tabaco. Esta iniciativa foi, talvez, o exemplo mais dramático de como uma agência individual tem agido

de forma autônoma dentro do seu mandato para fortalecer o controle do tabagismo no Brasil. A estrutura da CONICQ é mais bem caracterizada como uma organização de entidades semiautônomas, cada uma se envolvendo em e com a CONICQ como um fórum para desenvolver posições comuns sobre o controle do tabagismo. Esta estrutura cria diferentes graus de conflito dentro da CONICQ. Um desafio dentro da CONICQ é a falta ocasional de consenso sobre os problemas e soluções de políticas. Por exemplo, alguns membros da Comissão, como aqueles do Ministério da Agricultura, se opunham fortemente à proibição de aditivos. Esta falta de consenso pode criar, como disse um informante-chave, um “impasse” dentro da Comissão sobre determinadas questões. Quando não há consenso sobre as principais questões de certas políticas dentro da CONICQ, o peso da influência da Comissão é diminuído em termos de sua capacidade de influenciar a tomada de decisão do governo. Vale a pena observar que não seria real assumir que a CONICQ poderia ser uma panaceia para eliminar a oposição ao controle do tabagismo. O Brasil tem um contexto difícil para o controle do tabagismo dada a forte presença da indústria. É neste contexto que os desafios vividos pela CONICQ devem ser situados. Por exemplo, apesar da veemente oposição, o Brasil foi capaz de estabelecer uma das medidas mais fortes do mundo para a embalagem e rotulagem de produtos derivados do tabaco.⁶⁵

Como observado acima, a CONICQ tem sido um fórum importante para moldar o aspecto ideológico ou normativo do controle do tabagismo no Brasil, mas nossos resultados também apontam para o desafio de diferentes interesses e perspectivas. Um informante do Departamento de Comércio observou: “você pode esperar que diferentes ministérios vão representar diferentes pontos de vista ... até que o Governo Federal tome uma posição, você pode ter este tipo de debate.” No entanto, nossos resultados sugerem um desafio maior para os membros da CONICQ de chegar a um consenso em questões de políticas mais complexas. A deliberação intersetorial é um desafio até mesmo em questões menos controversas, uma vez que cada setor vem com uma perspectiva particular sobre uma política, e esta perspectiva contribui para preferências distintas. Foi sugerido por um informante com uma longa história em vários aspectos de controle do tabagismo que este impasse criou situações em que a CONICQ tem dificuldade de desenvolver argumentos fortes para reforçar o controle do tabagismo e é por vezes incapaz de se apresentar aos tomadores de decisão como uma entidade unificada. Este informante declarou “é uma situação difícil, porque o ministério e a secretaria de saúde não se movem, eles são ativos em um nível mais baixo, mas não vão mais acima por causa desta coisa institucional (CONICQ) e eu acho que a maneira de reverter isso é com bons argumentos

65. ANVISA, Resolução - RDC No 335, Datada em 21 de novembro de 2003.

– sem dinheiro, sem poder – apenas argumentos.” Outro informante, um antigo oficial de saúde federal de alto escalão, compartilhou a mesma perspectiva sugerindo que “Eu acho que ... a CONICQ não tem poder de tomada de decisão, por isso desempenha um papel, mas não um papel importante, ela não cumpre com o papel principal que ela tem ... porque mesmo na CONICQ, temos agências cujos representantes são contra a CONICQ, contra a política de controle do tabagismo.”

Nós também descobrimos que além de um impasse neutro há muitas vezes um antagonismo evidente entre os membros da CONICQ. Este antagonismo decorre, em parte, das diferenças inerentes nos mandatos de vários setores do governo. Nossos resultados sugerem que estas diferenças, muitas vezes, criam um contexto de desconfiança entre os membros da CONICQ. Por exemplo, um representante que serve na Comissão observou que eles sentiam que não deveriam discutir como o Brasil deveria responder aos vários desafios sob argumentos de comércio e investimento às medidas de controle do tabagismo de diferentes países: “nós discutimos isto no grupo de trabalho sobre questões jurídicas com a procuradoria-geral. Nós precisamos levar este assunto para estudo ... Eu acho que o movimento estratégico é não discutir o assunto tão abertamente dentro da CONICQ”. Outro informante do Ministério de Desenvolvimento Agrário observou que além do seu ministério, os únicos membros que apoiam o controle do tabagismo dentro da CONICQ são a Saúde e Relações Exteriores, e que “todos os outros não o apoiam”. Claro, o apoio é muitas vezes uma questão de perspectiva: por exemplo, vários outros informantes envolvidos com a CONICQ indicaram que o Ministério das Fazenda geralmente apoia o controle do tabagismo.

O desafio do conflito interno pode ter diferentes implicações para o processo de formulação de políticas. Se todas as decisões pertencentes ao controle do tabagismo fossem derivadas das posições de consenso da CONICQ, então, seria razoável supor que a CONICQ não teria poder para moldar a agenda de controle do tabagismo. No entanto, a CONICQ pode também ser vista como uma entidade de construção de consenso para uma questão que é intimamente ligada aos poderosos interesses da indústria privada. A CONICQ é um fórum para debate político, que almeja o consenso entre seus membros, mas provavelmente não será capaz de gerar de modo uniforme um acordo para as posições pró-saúde, uma vez que certos setores do governo existem para proteger e promover a atividade comercial da indústria do tabaco. A partir desta última perspectiva, a CONICQ pode continuar a estabelecer normas de interação entre o governo e a indústria e pode trabalhar para desnormalizar a legitimidade da indústria do tabaco como uma das partes interessadas no controle do

tabagismo. Aparentemente a CONICQ reconheceu este papel, como está evidenciado pela recente criação da “Portaria de Transparência” em 2012. Esta portaria (Portaria do Ministério da Saúde nº 713/2012) estabelece diretrizes éticas para o funcionamento da CONICQ de acordo com o Artigo 5.3 da CQCT. A portaria estabelece diretrizes para todos os setores do governo abordando temas com a interação entre o governo e a indústria do tabaco, conflitos de interesse, recebimento de presentes e brindes e o patrocínio de eventos pela indústria.

Reação Institucional

De acordo com informantes-chave do Ministério da Agricultura, o ministério criou um órgão intersetorial similar chamado Câmara Setorial do Tabaco, como uma resposta à CONICQ. De acordo com um entrevistado, “a Câmara Setorial foi criada para reunir os agentes da cadeia (suprimento) como produtores, indústria, governo e trabalhadores da indústria.” Há mais de vinte Câmaras dentro do Ministério da Agricultura para lidar com questões muito específicas, o que torna difícil substanciar que a Câmara Setorial do Tabaco foi verdadeiramente uma resposta direta para a CONICQ. No entanto, é de salientar que esta Câmara agora tem implicações para o funcionamento da CONICQ, dado que ambos os órgãos compartilham membros.

Um informante sugeriu que a Câmara Setorial do Tabaco trabalha para proteger os interesses comerciais do setor do tabaco e é politicamente mais forte do que a CONICQ. Como observado anteriormente, há uma distinção no setor agrícola entre o Ministério da Agricultura, a Câmara e o Ministério de Desenvolvimento Agrário. Onde a Câmara e o Ministério de Agricultura protegem e promovem interesses comerciais da indústria, o Ministério de Desenvolvimento Agrário está enfocando nas condições de vida dos agricultores. A indústria do tabaco é representada na Câmara. Embora seja difícil estabelecer uma ligação causal da CONICQ à Câmara, é plausível que isso seja verdadeiro. A plausibilidade decorre dos esforços contínuos da Câmara e seus constituintes para desafiar os esforços do Brasil para estabelecer medidas de controle do tabagismo mais restritivas, como a proibição de aditivos da Anvisa. Parece haver desafios estruturais para a CONICQ, dado os diferentes objetivos políticos da CONICQ e da Câmara e o fato de que os membros da Câmara estão representados dentro da CONICQ. Este caso sugere que os interesses comerciais entrincheirados podem inadvertidamente receber acesso a um fórum principal de discussão da política de controle do tabagismo, e é possível que estes membros em comum entre a CONICQ e a Câmara possam criar barreiras para a capacidade da CONICQ de servir como o epicentro do controle do tabagismo no Brasil. Esta sobreposição de membros pode também reforçar uma atmosfera de desconfiança entre os membros da CONICQ durante as suas

deliberações, se os proponentes de controle do tabagismo acreditarem que as informações que eles compartilham no fórum da CONICQ serão compartilhadas com os representantes da indústria do tabaco durante as reuniões da Câmara Setorial do Tabaco.

Exclusão das Organizações da Sociedade Civil

A CONICQ foi criada como um órgão governamental com adesão exclusiva para os representantes do governo. Esta decisão teve a intenção de excluir os representantes da indústria do funcionamento da Comissão, isolando assim a CONICQ da influência direta da indústria. A CONICQ tem a liberdade de convidar os representantes da sociedade civil para observar suas reuniões, apesar de que até agora houveram apenas convites à sociedade civil para apresentações específicas. Caso contrário, não há envolvimento oficial e quando os representantes da sociedade civil fazem apresentações a convite sobre algum tema específico, eles não permanecem na reunião além da sua apresentação. Em teoria, a principal organização do controle do tabagismo, Aliança de Controle do Tabagismo (ACT-Brasil), é membro dos grupos de trabalho para questões legais e para os Artigos 17 e 18, mas a partir de meados de 2014, não houveram quaisquer reuniões oficiais. Conforme as organizações da sociedade civil pró-saúde/antitabaco continuam a ganhar força no Brasil, particularmente sob a égide da ACT-Brasil, poderiam haver benefícios da inclusão de representantes da sociedade civil como membros formais da CONICQ. Dado que a CONICQ é composta de setores semiautônomos do governo, a possibilidade de troca de informação contínua e parcerias entre os ministérios, departamentos e agências e a sociedade civil permanecem. Se os objetivos da CONICQ seriam melhores servidos tendo a sociedade civil representada na Comissão é algo para consideração futura. A exclusão generalizada de representantes de organizações não governamentais simplifica o objetivo de prevenir influência direta da indústria dentro da CONICQ. No entanto, a exclusão das organizações da sociedade civil com objetivos de saúde também pode ser uma oportunidade perdida para fortalecer o trabalho da Comissão.

Conclusão

A CONICQ desempenhou um papel central em propor posições do Brasil nas Conferências das Partes e através do envolvimento nos grupos de trabalho de várias diretrizes, inclusive em alguns casos como facilitadores chave, os que por sua vez, reforçaram sua posição para articular a política nacional. O Brasil foi um facilitador chave para as Diretrizes para Implementação do Artigo 5.3 e é um facilitador-chave para a elaboração de Diretrizes Parciais para a Implementação dos Artigos 9 e 10, e Diretrizes para Implementação dos Artigos 17 e 18, apesar de uma luta interna, em andamento, sobre qual a melhor

estratégia para criar atividades alternativas sustentáveis para os fumicultores. A CONICQ serviu para estabelecer normas para as interações entre o governo e a indústria que abrangem todos os setores do governo. Outro resultado da CONICQ foi a melhor coerência em favor de medidas de controle do tabagismo a partir dos setores que no passado se opunham, como o Ministério da Fazenda. De fato, através da CONICQ, um entrevistado que tinha representado o seu ministério na comissão observou “no início tivemos debates muito fortes com o Ministério da Fazenda, porque eles não eram favoráveis a aumentar os impostos ... Hoje, o Ministério da Fazenda é um dos defensores mais ativos da CQCT [e controle do tabagismo]”.

O enfoque pangovernamental para o controle do tabagismo tem grande potencial de estabelecer um alinhamento da política e coerência dentro dos governos. A CONICQ é uma importante disposição institucional para servir a esse propósito. A CONICQ, e sua antecessora, tem servido para fortalecer a CQCT de forma adequada e continua a contribuir para o estabelecimento das diretrizes de implementação. Esta relação construtiva parece ter criado uma relação recíproca entre as normas internacionais da CQCT e a política nacional de controle do tabagismo no Brasil. A ampla inclusão de vários ministérios, departamentos e agências aponta para o potencial da CONICQ de criar medidas de controle do tabagismo que não apenas estão alinhadas, mas também apoiada pelos diferentes setores do governo. Nós descobrimos que além destas vantagens, a CONICQ continua a enfrentar importantes desafios que são aplicáveis para outros países que estão implementando o Artigo 5.2 da CQCT. A CONICQ estabeleceu diretrizes éticas que se destinam a orientar os membros da Comissão em sua interação com a indústria do tabaco (Artigo 5.3 da CQCT). Esta “portaria da transparência” foi aprovada em abril de 2012 e é uma importante etapa na função normativa da CONICQ. Apesar destas iniciativas, a CONICQ enfrenta uma difícil situação onde alguns de seus membros têm vínculos diretos com a indústria do tabaco e têm a tarefa de promover e proteger os interesses da indústria. Embora em princípio, a ampla inclusão é elogiada como um objetivo do enfoque pangovernamental à política de saúde pública, este caso demonstra os desafios inerentes destas organizações institucionais. A fim de avançar no controle do tabagismo, estes desenhos institucionais devem ser criticamente avaliados para determinar em que medida esta estrutura facilita o alcance dos objetivos desejados de promoção e fomento do controle do tabagismo. A avaliação contínua pode identificar que tipo de mudanças, como a introdução da representação da sociedade civil na Comissão, podem ser feitas para garantir que a CONICQ está servindo otimamente o seu propósito de implementação da CQCT. Os mecanismos nacionais de

coordenação são fundamentais para a implementação em todo o sistema das disposições da CQCT. Quanto mais lições forem sistematicamente geradas a partir do funcionamento

contínuo de mecanismos como a CONICQ, melhor os governos serão capazes de estabelecer organizações ideais para alcançar ótimos resultados de saúde.

Parte V – Oportunidades e Desafios da CONICQ – Principais Resultados/Recomendações

- A liderança da CONICQ deve continuar a fortalecer as relações entre os setores do governo que demonstraram compromisso para a implementação da CQCT (por exemplo, Ministério da Fazenda e Ministério de Desenvolvimento Agrário)
- A CONICQ deve trabalhar com as organizações da sociedade civil e outros setores do governo para fortalecer as normas das interações entre governo e a indústria do tabaco estabelecidas na “portaria da transparência” (Portaria do Ministério da Saúde nº 713/2012)
 - o Este trabalho deve visar particularmente os Ministérios, como a Agricultura, que trabalham em conjunto com os representantes da indústria do tabaco, particularmente a Câmara Setorial do Tabaco
- A CONICQ deve continuar a trabalhar com os principais tomadores de decisão para estabelecer uma política de controle do tabagismo pangovernamental, levando em conta a questão do apoio do governo para o cultivo e manufatura do tabaco e alinhada com as obrigações da CQCT

Conclusão

É difícil resumir brevemente e com habilidade as amplas complexidades no nexo da saúde pública e política econômica no Brasil (ou em qualquer lugar). No entanto, existem algumas lições profundas a partir das experiências do Brasil que podem ajudar o Brasil e muitos outros países a avançar na sustentação das políticas de saúde pública e, ao mesmo tempo se integrando de forma eficaz com os objetivos da política econômica. Em primeiro lugar, em termos de ameaças potenciais ou em andamento para a saúde pública a partir da participação em comércio internacional e acordos de investimento, fica claro que é vital coletar e entender informação sobre novos acordos e litígios internacionais em andamento, a fim de estar à frente do empenho da indústria de utilizar as regras internacionais para minar os esforços da saúde pública. Com tanta atividade recente em torno do controle do tabagismo e acordos econômicos internacionais, seria prudente manter-se vigilante sobre a miríade de questões potenciais que podem surgir. Esta é claramente uma lição para todos os países, pois há uma incerteza considerável sobre a forma de como nós, enquanto comunidade global, buscamos integrar diferentes objetivos em políticas que podem criar certa forma de conflito. As questões apresentadas neste relatório podem servir como um guia parcial para considerar estas questões em outros contextos similares.

Em segundo lugar, esta pesquisa demonstra que a interação entre a formulação de política internacional e nacional é altamente consequential para os governos, e mais especificamente, que cada nível afeta o outro profundamente e de forma significativa. No caso do controle do tabagismo, o Brasil não apenas desempenhou um papel vital no desenvolvimento da CQCT, mas suas próprias experiências nacionais com o controle do tabagismo moldaram a natureza desta influência. Ao mesmo tempo, o Brasil utiliza a CQCT de forma estratégica, substantiva e legal no desenvolvimento contínuo de suas políticas nacionais de controle do tabagismo. É provável que qualquer Parte da CQCT vivencie um pouco dessa dinâmica. Os países com políticas altamente desenvolvidas terão experiências mais semelhantes com a do Brasil, enquanto os países que apenas começam a desenvolver as suas políticas de controle do tabagismo podem considerar o quão útil a CQCT pode ser em termos de avançar os seus objetivos internos.

Em terceiro lugar, as experiências do Brasil com a Anvisa sugerem que a estrutura das instituições encarregadas em fazer políticas de saúde pública e regulamentações é consequente. Em particular, a capacidade destas instituições em criar uma política e regulamentação que sejam relativamente livres de interferências políticas é vitalmente importante. Nós não

estamos sugerindo que não deve haver um usual envolvimento político no processo regulatório, mas estamos sugerindo que as agências governamentais relativamente independentes, altamente profissionalizadas e especializadas em seus esforços para criar regulamentações sólidas para o bem público, estão melhor posicionadas, na maioria dos casos, para filtrar esforços desinformados ou perniciosos motivados por ganho político. Há muito espaço para oficiais eleitos influenciar regulamentação através de canais transparentes e confiáveis. No cenário específico discutido acima, a Anvisa e aqueles que a apoiam devem lutar vigorosamente para proteger sua autonomia estatutária, e a Anvisa deve continuar a utilizar esta autonomia para regulamentar o tabaco de forma inovadora e robusta para promover a saúde pública.

Finalmente, a narrativa em torno da CONICQ é muito instrutiva para países que procuram regular em áreas que são claramente multissetoriais. Apesar de todos os seus desafios, a CONICQ provou ser uma força positiva para a mudança da saúde pública no Brasil. Claro, reconciliar pontos de vista múltiplos e muitas vezes conflitantes é muito difícil, e foi tornado um desafio maior no cenário do controle do tabagismo por uma indústria poderosa e por órgãos do governo que tendem a apoiá-la. Embora nos últimos tempos, muitos atores tenham observado um impasse ou pior, nós acreditamos que é melhor ter do que não ter um mecanismo intersetorial inclusivo. Na pior das hipóteses, atualmente, ainda há um fórum para os vários atores se reunirem e discutirem as questões e registrar as suas preferências e os motivos para as suas preferências. Melhor ainda, parece que os atores continuam a ter oportunidades para aprender uns com os outros e em alguns casos modificar suas posições o que, em seguida, leva a uma melhor formulação de política de saúde pública. Mais uma vez, todos os países do mundo encontram estes desafios em várias áreas de política e cada Parte da CQCT é compelida pelo Artigo 5.2(a) a abordá-los diretamente dentro do contexto de controle do tabagismo, de modo que as lições aqui descritas são pertinentes a muitos.

Em suma, as narrativas neste relatório revelam claramente que o nexo entre a formulação de políticas de saúde pública e econômicas no Brasil é vigoroso e contencioso. Felizmente, muitos grupos e indivíduos inovadores estão se esforçando para navegar estas complexidades de formas inovadoras para produzir melhores políticas para os cidadãos do Brasil. Não há nenhuma panaceia para qualquer um destes desafios, mas os entendimentos mais profundos que procuramos desenvolver aqui podem ajudar a orientar aqueles interessados em uma mudança positiva.



We **save lives** and create more birthdays
by helping you stay well, helping you get well,
by finding cures, and by fighting back.

cancer.org | 1.800.227.2345