

As instituições e a implementação do controle do tabaco no Brasil

Institutions and the implementation of tobacco control in Brazil

Instituciones y la implementación del control del tabaco en Brasil

Raphael Lencucha ¹

Jeffrey Drope ²

Stella Aguinaga Bialous ³

Ana Paula Richter ⁴

Vera Luiza da Costa e Silva ⁴

doi: 10.1590/0102-311X00168315

Resumo

Esta pesquisa examina as características institucionais da Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro sobre Controle do Tabaco (CONICQ) e como essas características institucionais facilitaram e impediram sua capacidade de promover o controle intersectorial do tabagismo. Os autores avaliam particularmente as características da CONICQ enquanto um dos principais fatores de mudanças e melhorias nas primeiras políticas de controle do tabaco, e que ajudaram a transformar o Brasil em líder mundial nessa área. O artigo também analisa como a Comissão evoluiu junto com a melhora do controle do tabaco, além de discutir alguns dos maiores desafios para reunir diversos setores do governo na elaboração de políticas de saúde pública.

Tabaco; Política de Saúde; Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco

Correspondência

S. A. Bialous

University of California.

3333 California Street, suite 340, San Francisco, CA
94118, U.S.A.

stella.bialous@ucsf.edu

¹ School of Physical and Occupational Therapy,
McGill University, Quebec, Canada.

² American Cancer Society, Atlanta, U.S.A.

³ University of California, San Francisco, U.S.A.

⁴ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca,
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.



Introdução

Há mais de 35 anos, líderes do setor de saúde têm instado os governos a criarem e utilizarem arranjos intersetoriais para tratar de uma ampla gama de questões de saúde pública. Tais normas foram expressas pela primeira vez na *Declaração de Alma-Ata*, de 1978, articuladas mais explicitamente em 1986 na *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*, da Organização Mundial da Saúde (OMS), tendo sido incluídas com destaque na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS (CQCT-OMS) ^{1,2}. Esse movimento propunha o estabelecimento de políticas de governo intersetoriais para a saúde pública, em linha com o trabalho intra-governamental, particularmente no Reino Unido, e na literatura acadêmica, para quebrar os silos departamentais e a fragmentação de políticas entre departamentos de governo através de um processo de reestruturação ^{3,4,5,6}. O Artigo 4.4 da CQCT-OMS insta os governos a participarem em arranjos intersetoriais, ao determinar que “*são essenciais as medidas e respostas multisetoriais abrangentes para reduzir o consumo de todos os produtos de tabaco, nos níveis nacional, regional e internacional*” ⁷ (p. 6). Além disso, os Artigos 5.1 e 5.2 destacam a importância dos arranjos intersetoriais, através de declarações como: “*cada Parte deverá desenvolver, implementar, atualizar e revisar periodicamente as estratégias, planos e programas multisetoriais nacionais de controle do tabaco...*” ⁷ (p. 7) e “*para tanto, cada Parte deverá (...) estabelecer ou reforçar e financiar o mecanismo de coordenação nacional ou os pontos focais para o controle do tabaco*” ⁷ (p. 7). Essas declarações urgem os governos a estabelecerem mecanismos centralizados e intersetoriais para coordenar a implementação da CQCT-OMS. Os Artigos 5.1 e 5.2 propõem um ambiente institucional condizente com a implementação intersetorial das medidas da CQCT-OMS, com o objetivo último de garantir que todos os setores trabalhem para reduzir a oferta e procura dos produtos de tabaco. Ou seja, o desenho e funcionamento institucionais são reconhecidos como fundamentais para a implementação da CQCT-OMS ⁸.

O escopo da CQCT-OMS cria importantes desafios para os modos tradicionais de trabalhar dentro e fora da esfera governamental. Tais desafios incluem tensões jurisdicionais entre os mandatos das autoridades da saúde e de outros setores de governo, como comércio, agricultura e finanças ⁹. Isso é particularmente relevante para países produtores de tabaco como o Brasil que tentam simultaneamente fortalecer o controle do tabaco. Até o momento, poucos estudos analisaram as condições sob as quais o trabalho intersetorial contribui para fortalecer mutuamente as políticas entre setores. De acordo com as pesquisas existentes, a colaboração intersetorial é capaz de fortalecer as políticas e programas em áreas como as que visam o bem-estar dos jovens, ao reunir setores afins, como educação, saúde mental e serviços sociais ¹⁰. No entanto, o contexto da implementação da CQCT-OMS é único na medida em que o tratado procura reunir setores cujas relações com o tabaco são muito diversas, desde aqueles que promovem a produção e venda do tabaco até os que tentam diminuir o consumo ⁸. Implícita na linguagem da CQCT-OMS é a ideia de que o controle do tabaco deve envolver todos os setores de governo e resultar na harmonização das políticas públicas em torno do objetivo de reduzir o consumo. Para atingir essa harmonização, é necessário entender primeiro a dinâmica criada por um mecanismo intersetorial e depois a maneira pela qual as interações podem ser mediadas para fomentar a cooperação entre os diferentes setores. Essa lacuna na pesquisa é agravada pelo fato de uma “*coordenação intersetorial fraca*” se manter como desafio para a implementação da CQCT-OMS ¹¹. Dentro do território de cada parte, a CQCT-OMS e suas medidas fazem parte de um contexto institucional altamente complexo. Nosso estudo examina os desafios e oportunidades institucionais envolvidos na coordenação e cooperação intersetoriais, usando como caso a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ), responsável pela implementação da CQCT-OMS no Brasil.

A premissa básica da nossa análise é que um mecanismo intersetorial tem o potencial de fomentar a implementação da CQCT-OMS em duas linhas interligadas. A primeira linha envolve a coordenação da implementação da Convenção através de leis e regras nacionais, tais como medidas para reduzir a procura de produtos derivados do tabaco. O objetivo último para os governos é de incorporar a CQCT-OMS e suas diretrizes dentro da legislação nacional. A segunda linha potencial de um mecanismo intersetorial é de fomentar uma cultura de controle do tabaco dentro do próprio governo. Além da legislação e regulação, um mecanismo intersetorial é capaz de fomentar normas orientadas para processos das relações dentro do governo e sociedade civil e interesses comerciais, com a finalidade de promover um contexto orientado para os objetivos de saúde pública.

Descrevemos a seguir o referencial analítico do nosso estudo, com três construtos que podem servir como ferramentas heurísticas na análise dos desafios e oportunidades institucionais para a implementação da CQCT-OMS. O referencial analítico é construído com foco principal na dinâmica institucional intra-governamental. Assim, tratamos o próprio governo como um sistema complexo. Nossos esforços no sentido de identificar e articular a dinâmica intra-governamental servem para informar a pesquisa incipiente sobre abordagens governamentais globais (*whole-of-government*) para a implementação da CQCT-OMS.

Referencial analítico

A base do Artigo 5.2 da CQCT-OMS, ou seja, a ênfase sobre a formação de mecanismos de coordenação intersetorial, é o reconhecimento de que o controle do tabaco exige intervenção e ação não apenas pelo Ministério da Saúde, como também, pelos Ministérios da Agricultura, Fazenda e Indústria e Comércio, entre outros. A implementação da CQCT-OMS exige uma estratégia que envolva o governo como um todo. Embora essa exigência seja consenso dentro da comunidade de controle do tabaco, houve poucos trabalhos no sentido de conceitualizar como tal abordagem pode ser estabelecida e operacionalizada para promover o objetivo da implementação das medidas de controle do tabaco pelo governo como um todo. Sugerimos que para iniciar tal empreendimento, é necessário identificar e analisar as condições que determinam e são determinadas pela interação entre os diversos setores do governo. Para examinar essas interações, referimo-nos ao trabalho de Ostrom^{12,13} e o arcabouço *Institutional Analysis and Development* (IAD). Nosso referencial utiliza três elementos do IAD: regras, normas e situações de ação.

Regras

Ostrom¹² (p. 5) define regras como “*prescrições comumente conhecidas e utilizadas por um conjunto de participantes para ordenar relações repetitivas e interdependentes*”. As regras são estabelecidas para “alcançar a ordem e a previsibilidade dentro de situações definidas”, através: (1) da criação de posicionamentos; (2) da especificação de como os participantes adotam ou saem de determinados posicionamentos; (3) da definição de quais ações são exigidas, permitidas ou proibidas aos participantes com esses posicionamentos; e (4) da especificação de quais resultados são exigidos, permitidos ou proibidos aos participantes.

Esse aspecto do referencial de Ostrom é importante para os analistas da implementação da CQCT-OMS, uma vez que chama atenção para as maneiras pelas quais as instituições governamentais operam enquanto entidades distintas dirigidas por regras, ao invés de presumir que “o governo” seja uma entidade monolítica. Há numerosos exemplos de conflitos intra-governamentais que surgem do fato de que o tabaco não apenas serve como *commodity* econômico que gera receita e emprego, como também, é um produto de consumo que prejudica a saúde e que deve ser progressivamente erradicado^{9,14}. Quando se pressupõe que o governo é uma entidade única, é comum partir da ideia de que, dentro dele, as regras são intrinsecamente uniformes e coerentes. Aqui, vale recorrer à literatura sobre instituições e aos estudos resultantes sobre governança policêntrica. Essa literatura começa com a premissa de que “*as regras (...) afetam diretamente a estrutura de uma situação na qual as ações são escolhidas*”¹² (p. 6). Embora as regras sejam encontradas em forma impressa, elas também são observadas em ação e são aplicadas não simplesmente através da sanção formal, mas através de pressões sociais, tais como a aceitação ou rejeição coletiva.

Normas

É importante também reconhecer as normas em qualquer análise de instituições e de estruturas que condicionam as ações tomadas pelos indivíduos. As normas representam “*conceitos compartilhados do que deve ser, não deve ser ou podem ser ações ou resultados apropriados ou de resultados em situações específicas*”¹⁵ (p. 112). Enquanto as regras são expectativas ou prescrições formalizadas, de tal maneira que podem ser explicitadas nos mandatos ou nos procedimentos operacionais dos departamentos de governo, as

normas são expectativas menos tangíveis na figuram na mente dos atores e são reforçadas por práticas sociais. As normas são inerentemente “sociais”, na medida em que exigem “*atitudes de aprovação e de reprovação, especificando o que deve e o que não deve ser feito*”¹⁶ (p. 914). As normas tornam-se visíveis quando uma ação é adotada dentro de um determinado contexto social. No caso da implementação da CQCT-OMS, podemos ver as normas em jogo quando, por exemplo, uma autoridade do governo se encontra com um representante da indústria do tabaco. Tal encontro pode não violar uma regra (a não ser que existam regras sobre esse tipo de interação para todos os setores de governo), mas é provável que seja visto com reprovação pelos defensores do controle do tabaco que trabalham para estabelecer normas contra a interferência da indústria do tabaco nos assuntos de governo. Neste caso, torna-se visível o confronto de normas conflitivas entre setores de governo, ou seja, a norma em um setor de governo prevê reuniões entre governo e indústria, enquanto a norma em outro setor caracteriza esse tipo de interação enquanto ingerência em políticas de saúde pública relacionadas ao tabaco. Muitos procuram incorporar normas dentro da estrutura explícita de uma instituição, ao formalizá-las como leis ou outras regras. O estabelecimento de regras a partir de normas permite a aplicação mais concreta de um determinado padrão de comportamento. Pode-se argumentar que o Artigo 5.2 da CQCT-OMS é importante porque propõe o estabelecimento de uma instância para a criação de normas e regras.

Situação de ação

Normas e regras convergem naquilo que Ostrom chama de “situação de ação”. A autora define situações de ação como “*espaços sociais onde os indivíduos interagem, trocam bens e serviços, resolvem problemas, dominam uns aos outros ou brigam (entre as muitas coisas que os indivíduos fazem em situações de ação)*”¹³ (p. 11). Nesse sentido, a criação da CONICQ, ou de qualquer outro mecanismo intersetorial para a implementação da CQCT-OMS, significa o estabelecimento de uma situação de ação. É a criação de limites dentro dos quais os atores interagem e deliberam sobre a questão do controle do tabaco, e especificamente sobre questões como a implementação das medidas da CQCT-OMS. O próprio mecanismo torna-se uma instituição que pertence a espaços sociais (e políticos) mais amplos, e que pode servir como a unidade de análise na qual é possível “*descrever, analisar, prever e explicar o comportamento*” em prol do objetivo do controle do tabaco em conjunto. A situação de ação “*permite que o analista isole a estrutura imediata que afeta um determinado processo (...) com o objetivo de explicar as regularidades nas ações e resultados humanos, e de potencialmente reformá-los*”¹³ (p. 11). Uma situação de ação representa a estrutura onde os processos ocorrem e na qual as regras servem como os elementos que criam as condições estruturais que configuram e são configuradas pelas ações adotadas pelos diferentes atores. Novamente, os mecanismos intersetoriais são criados com o objetivo específico e explícito de coordenar as medidas de controle do tabaco entre os diferentes ministérios, departamentos e agências do governo. Tal propósito serve como pano de fundo para analisar a resposta ao objetivo proposto e o referencial que utiliza regras e situações de ação como a lente para avaliar os fatores que promovem ou impedem o movimento em direção a esse objetivo.

Embora um mecanismo intersetorial tenha a vantagem de permitir um posicionamento único e articulado em relação às políticas de controle do tabaco entre os diferentes setores de governo, esse tipo de instituição precisa navegar entre mandatos com conflitos potenciais, percebidos ou reais entre os membros. O Brasil foi um dos primeiros países a criar um mecanismo específico de coordenação intersetorial nacional para implementar as medidas da CQCT-OMS. Nosso estudo aplica esse arcabouço institucional para analisar os desafios e oportunidades criados e enfrentados pela CONICQ na implementação das medidas da CQCT-OMS.

Métodos

Realizamos entrevistas em profundidade com informantes-chave (n = 25), incluindo parlamentares, autoridades de ministérios chaves (Saúde, Relações Exteriores, Comércio e Indústria, Agricultura e Desenvolvimento Agrário, além da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa), autoridades das instâncias inter-governamentais relevantes e representantes da sociedade civil. Utilizamos

amostragem intencional para identificar indivíduos que estivessem envolvidos no desenvolvimento e implementação da CQCT-OMS, medidas de controle do tabaco no Brasil, atividades da CONICQ ou aspectos econômicos da produção de tabaco. O critério de inclusão é que os indivíduos tivessem alguma participação nas políticas para o tabaco. Ou seja, foram incluídos informantes que tivessem trabalhado no desenvolvimento e implementação de políticas de controle do tabaco (ou seja, o tabaco fazia parte da pasta da pessoa), ou estivessem envolvidos na economia da produção de tabaco. Procuramos incluir um grupo diversificado de informantes a fim de obter perspectivas diferentes em relação ao trabalho intersetorial. Foram realizadas entrevistas presenciais com informantes-chave em Brasília e no Rio de Janeiro. Cada entrevista durava entre 45 minutos e três horas e meia. Realizamos as entrevistas até o momento em que a análise atingiu a “saturação” – em que encontramos consistência nas narrativas emergentes ou então explicações razoáveis para quaisquer eventuais inconsistências.

Além das entrevistas com informantes-chave, realizamos uma análise dos documentos de políticas e outros documentos relevantes produzidos por organizações da sociedade civil e agências do governo. Fizemos uma busca sistemática por documentos públicos sobre o trabalho da CONICQ, especialmente aqueles documentos que destacassem: (1) decisões tomadas pela CONICQ; (2) relações entre membros e (3) participação da CONICQ no processo decisório sobre o controle do tabaco no Brasil. Recebemos a aprovação ética da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e de cada comitê de ética em pesquisa dos respectivos investigadores não-brasileiros.

A seguir descrevemos o estabelecimento e operação da comissão intersetorial brasileira, CONICQ, a partir do seu antecessor, a Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco (CNCT), em 1999, começando com um rápido panorama da história da CONICQ, seguida por uma análise de sua função de elaboração de regras e geração de normas.

Resultados

CONICQ: estrutura e história

A CNCT foi criada através do *Decreto Presidencial nº 3.136/1999*¹⁷. O objetivo da CNCT foi preparar e facilitar a participação do Brasil na negociação da CQCT-OMS, que também começou em 1999. A Comissão era presidida pelo Ministério da Saúde e incluía representantes de sete ministérios (Relações Exteriores, Fazenda, Agricultura e Abastecimento, Justiça, Educação, Trabalho e Emprego e Desenvolvimento, Indústria e Comércio), acrescido de um oitavo, o Ministério do Desenvolvimento Agrário, em 2001. O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) serviu como secretaria executiva da Comissão. A Comissão assessorava a Casa Civil sobre o a elaboração do posicionamento do Brasil durante as negociações. Os membros da CNCT participavam das sessões do *Intergovernmental Negotiating Body* (INB) durante a negociação da CQCT-OMS (1999-2003).

Após a conclusão das negociações da CQCT-OMS em 2003, o então-presidente Luiz Inácio Lula da Silva emitiu o Decreto de 1º de agosto de 2003 criando a CONICQ. O Ministério da Saúde, através da *Portaria nº 1.662* de 26 de agosto de 2003, determinou que os diferentes ministérios indicassem seus representantes na Comissão. A CONICQ é presidida pelo Ministro da Saúde, e de acordo com Decreto Presidencial de 14 de julho de 2010, deve incluir um representante (e suplente) 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 Gestão. O INCA também participa explicitamente no papel de Secretaria Executiva. De acordo com a portaria que regula a Comissão, cada ministro nomeia um titular e um suplente para integrar a CONICQ. O Ministério da Saúde dispõe de dois titulares (um do INCA e outro da AISA – Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde) e dois suplentes (um cada do INCA e da AISA), e mais recentemente um representante da Anvisa. A estrutura e autoridade da CONICQ criaram oportunidades para implementar as medidas da CQCT-OMS através de todos os setores do governo. No entanto, e como seria de se esperar, a mesma estrutura tem criado desafios para aqueles que procuram o alinhamento máximo entre as obrigações internacionais determinadas pela CQCT-OMS e a política nacional brasileira de controle do tabaco.

CONICQ: função de elaboração de regras

O principal argumento dos defensores das abordagens governamentais globais (*whole-of-government*) é que os arranjos institucionais intersetoriais que reúnem diferentes setores do governo são capazes de produzir políticas públicas mais coerentes. Por exemplo, de acordo com uma análise da governança do controle de tabaco no Brasil durante e depois das negociações da CQCT-OMS, Lee et al.¹⁸ (p. 3) afirmaram que “*esta Comissão [CNCT], que inclui todos os atores relevantes, garantiu que o controle do tabaco fosse incorporado em políticas consistentes no governo como um todo, e não apenas como uma questão do Ministério da Saúde*”. A estrutura da CONICQ, incluindo sua posição e liderança, deu ao Ministério da Saúde e às agências de saúde afins a oportunidade de forjar alianças e de coordenar políticas com outros ministérios (essa mesma força estrutural também representou uma limitação, que será abordada mais adiante). A CONICQ tem um mandato amplo e abrangente para promover o desenvolvimento, implementação e avaliação das estratégias, planos e programas, assim como políticas, legislação e outras medidas dirigidas à conformidade com as medidas da CQCT-OMS. A CONICQ também está envolvida na coordenação e representação do governo brasileiro nas sessões da Conferência das Partes (COP) da CQCT-OMS, reuniões de grupos de trabalho e estudo e negociações relacionadas aos protocolos. Esse mandato explícito, no sentido de associar a política nacional brasileira à CQCT-OMS, dá à CONICQ uma oportunidade única para configurar e alinhar permanentemente as atividades nacionais brasileiras com os compromissos internacionais do país, além de contribuir para o desenvolvimento de normas internacionais. Um dos membros da CONICQ destacou que a existência da Comissão tem ajudado a solicitar apoio do Ministério da Fazenda, que se opunha inicialmente à questão da tributação do tabaco. Conforme declarou esse indivíduo “*no início tivemos debates muito fortes com o Ministério da Fazenda, que não apoiava o aumento dos impostos, mas (...) hoje o Ministério da Fazenda é um dos defensores mais ativos da CQCT-OMS*”. Essa instância intersetorial serviu para atrair apoio para o desenvolvimento e aprovação do *Projeto de Lei nº 12.546/2011*, regulado pelo *Decreto Executivo nº 8.262/2014*¹⁹, com foco no controle do tabaco, particularmente angariando o apoio do Ministério da Fazenda²⁰. A lei foi a mais abrangente a ser implementada no Brasil, incluindo medidas como a tributação progressiva dos produtos derivados do tabaco, preço mínimo para cigarros, uma proibição abrangente contra fumar em lugares públicos, aumento do tamanho das advertências sanitárias nas embalagens dos produtos de tabaco e proibição de publicidade dos produtos de tabaco nos pontos de venda.

O estabelecimento dessa legislação ilustra como a CONICQ tem servido para implementar as medidas da CQCT-OMS na forma de regras formais. Embora a CONICQ atue enquanto instância consultiva, a descrição da Comissão pelos participantes sugere que ela tem agido como fórum para conquistar o apoio de diferentes setores do governo no sentido de criar medidas substantivas de controle do tabaco. Além da elaboração de regras substantivas (sobre a oferta e procura de produtos derivados do tabaco), a CONICQ tem sido desafiada no sentido de estabelecer regras orientadas para processos nas relações governo-indústria. Discutiremos mais adiante como a CONICQ tem trabalhado para fomentar normas e regras institucionais que afetam essas relações, e no sentido mais geral, para tentar orientar atores fora do setor de saúde em relação aos objetivos do controle do tabaco relacionados à saúde.

CONICQ: a reciprocidade das funções de geração de normas e de elaboração de regras

Entre outras razões, a criação da CNCT enquanto entidade antecessora da CONICQ visava proteger as políticas de controle do tabaco contra a interferência indevida pela indústria do tabaco. Uma vez que o Brasil é um dos maiores produtores de tabaco do mundo, não surpreende que representantes dos interesses da indústria tabagista sejam extremamente ativos e politicamente articulados²¹. A premissa era que os diferentes ministérios fossem cobrados em relação a seus posicionamentos sobre o controle do tabaco, ao prever que colaborassem para desenvolver posições comuns. Esse tipo de estrutura blindaria o controle do tabaco contra as preferências pró-indústria, ao orientar a Comissão para os objetivos de saúde e ao prever a responsabilidade dos outros setores de governo à luz dessa orientação. A Comissão também tentou proteger o controle do tabaco contra a influência direta da indústria, ao excluir esta da representação na Comissão. A estrutura da CONICQ tem seguido aquela

da CNCT, nos esforços para criar normas robustas para a interação entre o governo e a indústria do tabaco. Essa função normativa é refletida em uma resolução do Ministro da Saúde de 2012, em nome da CONICQ, que prevê diretrizes éticas que se aplicam aos membros da CONICQ, conhecida como a portaria da transparência²². Embora a resolução não tenha força de lei, representa uma espécie de meio termo entre norma e regra. Nesse caso específico, vemos uma tentativa do Ministério da Saúde de fortalecer uma norma através de uma portaria escrita, concreta. A Secretaria Executiva da CONICQ supervisiona a implementação dos princípios e práticas previstos na portaria para fomentar um ambiente no qual as interações entre diferentes setores de governo e a indústria do tabaco fiquem abertas ao escrutínio público e não comprometam os esforços para desenvolver medidas fortes de controle do tabaco. Esse trabalho está em conformidade com o Artigo 5.3 da CQCT-OMS e reflete uma tentativa de criar normas entre setores que busquem a formalização enquanto regras novas, responsabilizando as autoridades de governo em relação às interações com os grupos de interesse da indústria. Parte dessa transição de norma para regra é a medida portaria da transparência que permite o encaminhamento de questões ao Grupo de Trabalho Jurídico da CONICQ. Para exemplificar a existência dessa norma na prática, um dos participantes (que é membro da CONICQ) afirmou o seguinte: *“para ilustrar a questão da CONICQ hoje, temos alguns grupos de trabalho em atividade na CONICQ que lidam com assuntos jurídicos, cujos membros representam a procuradoria de diferentes setores do governo. Eles se reúnem para aprender sobre as questões da CONICQ, e o primeiro produto foram as diretrizes éticas para os representantes na CONICQ em relação ao Artigo 5.3 (...) Isso significa que a questão da relação entre o governo e a indústria do tabaco está começando a mudar as mentalidades. Na COP4, a representante do Ministério do Comércio na comissão brasileira foi vista com alguns representantes da indústria, e conversamos com ela a respeito. Ela chorou e pediu desculpas”*.

Não é surpreendente que a CONICQ tenha enfrentado obstáculos durante a tentativa de criar normas e regras que se apliquem aos diversos setores. A diversidade de mandatos e objetivos entre os setores, particularmente os mandatos conflitantes entre saúde e indústria/agronegócio, desafiam o estabelecimento uniforme de normas sanitárias. Um entrevistado enfatizou esse ponto ao afirmar: *“Acho que (...) mesmo na CONICQ, temos agências cujos representantes são contra a CONICQ, contra a política de controle do tabaco”*. De acordo com entrevistados do Ministério da Agricultura, o ministério criou uma entidade intersetorial, a chamada Câmara Setorial para a Cadeia Produtiva do Tabaco, como resposta à CONICQ. A Câmara tem se posicionado publicamente contra os esforços de estabelecer medidas fortes de controle do tabaco, particularmente as restrições da Anvisa sobre os aditivos de tabaco^{23,24}. Fica claro que o setor econômico continua facilitando a produção de tabaco. As declarações de um dos representantes do Ministério da Agricultura na CONICQ, em uma entrevista à imprensa em 2015, publicada no *website* Portal do Tabaco (<http://portaldotabaco.com.br/>), confirmam que as normas de controle do tabaco ainda não se sobrepuseram às normas de apoio à indústria do tabaco. Nessa entrevista, Savio Pereira declarou que a CQCT-OMS diz respeito somente a questões de saúde, e que *“não tem absolutamente nada a ver com os produtores de tabaco”*, destacando que, *“o Brasil jamais iria proibir o tabaco, que é um recurso estratégico para o país”*²⁵. A declaração é particularmente relevante porque a CQCT-OMS incorpora medidas para apoiar meios de vida alternativos para os fumicultores, e o que é ainda mais significativo, *não* sugere proibir a produção e venda de tabaco.

Há mais de 20 câmaras dentro do governo brasileiro para tratar de questões específicas, o que torna difícil afirmar que a Câmara Setorial para a Cadeia Produtiva do Tabaco tenha sido uma resposta direta à CONICQ, embora seja vista assim por vários entrevistados, tendo sido estabelecida logo após a criação da CONICQ. Contudo, a Câmara Setorial tem implicações para o funcionamento da CONICQ, uma vez que as duas entidades têm vários representantes em comum. Apesar dos esforços para blindar a CONICQ contra os interesses da indústria, as normas não atingiram todos os setores. O caso da Câmara Setorial sugere que interesses comerciais entrincheirados podem se beneficiar do acesso a uma instância primordial onde se discute a política de controle do tabaco, e é possível que a existência de membros comuns entre a CONICQ e a Câmara venha a obstaculizar a capacidade da CONICQ de servir como epicentro do controle do tabaco no Brasil. Além disso, a presença de representantes comuns poderá reforçar um clima de desconfiança entre os membros da CONICQ durante as deliberações, se os defensores do controle do tabaco acreditarem que as informações que compartilharem com o conjunto da CONICQ serão repassadas aos representantes da indústria do tabaco durante as reuniões da Câmara Setorial para a Cadeia Produtiva do Tabaco. Um entrevistado que já teve assento

na CONICQ afirmou que os membros relutavam em discutir informações sobre os desafios comerciais relacionados ao tabaco na Austrália e em outros países: *“nós já discutimos isso no grupo de trabalho sobre assuntos jurídicos, junto com a procuradoria. Precisamos levar essa questão para eles estudarem. Criamos um grupo de discussão para mantê-los informados sobre questões da Austrália, Canadá e litígio. Estão muito interessados nesse processo. Acho que a estratégia é não discutir tão diretamente dentro da CONICQ”*.

Apesar do desafio permanente de estabelecer normas intersetoriais, há evidências de que a CONICQ tenha servido como instância para alinhamento e cooperação entre diversos ministérios. Por exemplo, através da CONICQ, o Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Agrário desenvolveram uma relação de trabalho e têm colaborado em questões relacionadas aos Artigos 17 e 18 (atividades alternativas economicamente viáveis e proteção do meio ambiente e da saúde da população). O Coordenador da Secretaria Executiva da CONICQ e um representante do Ministério do Desenvolvimento Agrário produziram uma declaração conjunta publicada em uma revista importante sobre o controle do tabaco, em nome da CONICQ, defendendo a representação de distintos setores na delegação do Brasil na COP4 no Uruguai ²⁶. Participantes de nosso estudo destacaram o fato de a CONICQ ter sido criada pelo escalão mais alto do governo (o Presidente da República), dando à Comissão legitimidade, presença e permanência. Segundo um entrevistado que trabalha com a CONICQ, *“foi muito difícil não apoiar [a CONICQ], porque tínhamos evidências (...) temos o compromisso com a CQCT-OMS (...) e a CONICQ foi criada por decreto presidencial”*. Ou seja, o fato da criação da CONICQ ter partido da Presidência da República tem contribuído para a legitimidade da Comissão entre os diversos setores, de tal maneira que os ministérios não podem ignorar a existência da Comissão, alegando que é uma iniciativa do Ministério da Saúde ou de outro departamento da saúde. Assim, o mandato da CONICQ está estruturado para assegurar sua presença política enquanto entidade consultiva, e em princípio, a credibilidade outorgada pelo Decreto Presidencial dá legitimidade ao mandato em questões de saúde. Pode-se argumentar que a CONICQ representa a criação de uma nova jurisdição, sobreposta a jurisdições existentes, uma nova situação de ação (isto é, a reunião de diferentes setores de governo) com o mandato de facilitar o desenvolvimento de normas e elaboração de regras. Ou seja, o Decreto Presidencial criou uma instância multi-setorial com a função específica de facilitar a implementação da CQCT-OMS. A Comissão não dispõe de nenhum poder de decisão formal em relação a políticas, mas representa um fórum para o estabelecimento de consensos e integração de uma cultura nova na implementação da CQCT-OMS através da geração de normas e regras de conduta para seus membros.

Conclusão

A CONICQ tem desempenhado papel importante no avanço dos posicionamentos do Brasil nas COPs da CQCT-OMS através da participação em grupos de trabalho que em alguns casos servindo como facilitadores-chave para diversas diretrizes, todas as quais, por sua vez, fortaleceram o posicionamento do país na articulação da política nacional. O Brasil tem sido facilitador fundamental das diretrizes do Artigo 5.3 e das opções políticas dos Artigos 17 e 18, apesar de uma luta interna permanente em torno da melhor estratégia para assegurar atividades alternativas sustentáveis para os fumicultores, e continua sendo facilitador-chave do desenvolvimento das Diretrizes Parciais dos Artigos 9 e 10. Destacamos o papel da CONICQ no estabelecimento de normas para as interações governo-indústria especificamente, e no sentido mais geral, de controle do tabaco que atravessam todos os setores de governo. Outro resultado da CONICQ tem sido uma coerência melhor em favor do controle do tabaco, a partir de setores que no passado se posicionaram contra determinadas medidas, como o Ministério da Fazenda. Conforme citado acima, um entrevistado destacou que o Ministério da Fazenda tornou-se defensor do controle do tabaco, através de interações com outros membros da CONICQ. Outro exemplo é a relação forjada entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Agrário através da participação na CONICQ. Nós enfatizamos como esses dois Ministérios produziram uma declaração conjunta em uma revista reconhecida de controle do tabaco, em nome da CONICQ, defendendo a representação de setores diversos na delegação brasileira para a COP4 no Uruguai ²⁷. Esse tipo de coprodução e cooperação parece refletir a presença institucional que a CONICQ está conquistando dentro do governo brasileiro. Fica claro que as instituições não são

uma panaceia política e que trazem à tona a falta de alinhamento e as tensões entre diferentes setores. Nossos achados sugerem que a CONICQ tem função importante na facilitação de normas e na criação de regras que protegem e promovem a capacidade do governo de criar legislação para o controle do tabaco. Serve também como laboratório para examinar como as autoridades da saúde navegam a resistência de interesses econômicos, ao mesmo tempo em que tenta sensibilizar esses interesses para os objetivos do controle do tabaco.

Em resumo, as oportunidades criadas pela CONICQ incluem o desenvolvimento de relações entre setores e a mobilização dessas relações para estabelecer uma política que integre e que às vezes configure os mandatos de diferentes setores de governo. O arcabouço institucional básico pode servir como ferramenta heurística útil para entender e analisar os diferentes elementos e dinâmicas da implementação da CQCT-OMS a partir de uma perspectiva institucional. É possível ver como a CONICQ continua facilitando a implementação da CQCT-OMS ao apoiar legislação e regulações (isto é, regras formais) que são informadas pelas medidas substantivas da CQCT-OMS, ao mesmo tempo promovendo normas para as atividades da indústria do tabaco e finalmente uma orientação governamental global (*whole-of-government*) em direção ao controle do tabaco através da portaria da transparência. Segundo nossos achados, a CONICQ continua enfrentando importantes desafios na realização dessas duas funções. Apesar do estabelecimento da portaria da transparência que busca implementar as medidas do Artigo 5.3 em relação à interferência pela indústria do tabaco, a CONICQ enfrenta uma situação difícil na qual alguns de seus membros mantêm relações diretas com a indústria do tabaco e defendem os interesses da mesma. Embora em princípio a inclusão ampla de diferentes setores do governo seja elogiada enquanto objetivo de uma abordagem governamental abrangente para uma política pública saudável, o caso demonstra os desafios inerentes de tais arranjos institucionais. Em outras palavras, como as instituições estabelecem políticas que são implementadas mutuamente entre setores, quando os setores têm perspectivas tão divergentes? Para caminhar em direção a um controle abrangente do tabaco, tais delineamentos institucionais precisam passar por uma avaliação crítica, para determinar em que medida a estrutura dos arranjos multi-setoriais facilita os objetivos propostos, quais sejam, de promover e fomentar o controle do tabaco. É importante lembrar que não é insuperável o desafio levantado pela divergência de perspectivas, ou a ideia do tabaco enquanto *commodity* econômico necessário. Por exemplo, em 2009 o governo do Canadá conseguiu um pacote orçamentário de 300 milhões de dólares para induzir os fumicultores a trocar o fumo por outros cultivos, decisão essa que envolveu diferentes setores e níveis de governo²⁷. O exemplo ilustra o potencial do governo de angariar apoio fora do setor de saúde para um objetivo que, no entanto, tem implicações para a saúde. A fumiicultura é um problema particularmente difícil do ponto de vista do controle do tabaco, onde os desafios do lado da oferta muitas vezes são negligenciados devido à falta de soluções políticas sistêmicas. No entanto, esse ponto não diminui a importância da divergência setorial, que persiste enquanto desafio sério. Tal divergência entre setores, particularmente entre o setor da saúde e o setor econômico, ainda é um dos desafios mais prementes em muitos países produtores de tabaco^{9,12,28}.

A avaliação permanente pode ajudar no exame crítico do processo de geração de normas e de elaboração de regras. No final das contas, essa avaliação pode ajudar a fortalecer as instituições para a elaboração e implementação das políticas de saúde, ao identificar os facilitadores e obstáculos no trabalho intersetorial. Os mecanismos de coordenação nacional são de uma importância crucial para a implementação ampla das medidas da CQCT-OMS. Quanto mais as lições possam ser geradas sistematicamente a partir do funcionamento contínuo de mecanismos como a CONICQ, tanto mais os governos conseguirão criar arranjos melhores para atingir resultados melhores na saúde.

Colaboradores

R. Lencucha contribuiu na conceituação do estudo, desenvolvimento do instrumento de pesquisa, coleta e análise dos dados e redação principal do manuscrito. J. Drope participou do estudo, conceituação do projeto, desenvolvimento dos instrumentos, coleta e análise dos dados e redação do manuscrito. S. A. Bialous participou do desenvolvimento do instrumento de pesquisa, coleta e análise dos dados e redação do manuscrito. A. P. Richter contribuiu para a coleta e análise dos dados, tradução e revisão do manuscrito. V. L. Costa e Silva líder do projeto no Brasil, contribuiu na conceituação do estudo, desenvolvimento do instrumento de pesquisa, coleta e análise dos dados e redação do manuscrito.

Agradecimentos

Às professoras Valeska de Carvalho Figueiredo e Silvana Rubano Turci do Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (CETAB/ENSP/Fiocruz), à Carla Ferraro pelo apoio administrativo e à Yasmín Salazar pelo auxílio nas fases iniciais do projeto de pesquisa; à ACT-Brasil por haver disponibilizado tempo e espaço para as reuniões no Rio de Janeiro e a todos os informantes-chave que doaram generosamente seu tempo e conhecimentos. Ao Institute for Global Tobacco Control, Johns Hopkins University (JHU) Bloomberg School of Public Health pelo financiamento através da Iniciativa Bloomberg para Redução do Uso do Tabaco. O conteúdo desse artigo é da responsabilidade dos autores e não representa, necessariamente, a opinião oficial da Bloomberg Philanthropies ou da Bloomberg School of Public Health da JHU.

Referências

1. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.
2. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. Geneva: World Health Organization; 1978.
3. Ling T. Delivering joined-up government in the UK: dimensions, issues and problems. *Public Administration* 2002; 80:615-42.
4. Clark T. New Labour's big idea: joined-up government. *Soc Policy Soc* 2002; 1:107-17.
5. Downe J, Martin S. Joined up policy in practice? The coherence and impacts of the local government modernisation agenda. *Local Government Studies* 2006; 32:465-88.
6. Pollitt C. Joined-up government: a survey. *Political Studies Review* 2003; 1:34-49.
7. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2003.
8. Blanke DD, Silva VC. Tobacco control legislation: an introductory guide. Geneva: World Health Organization; 2004.
9. Lencucha R, Drope J, Chavez JJ. Whole-of-government approaches to NCDs: the case of the Philippines Interagency Committee-Tobacco. *Health Policy Plan* 2015; 30:844-52.
10. Warmington P, Daniels H, Edwards A, Brown S, Leadbetter J, Martin D, et al. Interagency collaboration: a review of the literature. Bath: Learning in and for Interagency Working Project; 2004.
11. Nikogosian H, Costa e Silva VL. WHO's first global health treaty: 10 years in force. *Bull World Health Organ* 2015; 93:211.
12. Ostrom E. An agenda for the study of institutions. *Public Choice* 1986; 48:3-25.
13. Ostrom E. Background on the institutional analysis and development framework. *Policy Stud J* 2011; 39:7-27.
14. Lencucha R, Drope J, Labonte R, Zulu R, Goma F. Investment incentives and the implementation of the Framework Convention on Tobacco Control: evidence from Zambia. *Tob Control* 2016; 25:483-7.
15. Ostrom E. Understanding institutional diversity. Princeton: Princeton University Press; 2005.
16. Sunstein CR. Social norms and social roles. *Columbia Law Review* 1996; 96:903-68.
17. Presidência da República. Decreto nº 3.136 de 13 de agosto de 1999. Cria a Comissão Nacional para a preparação da participação do Brasil nas negociações internacionais com vistas à elaboração de convenção-quadro sobre controle do uso de tabaco, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1999; 16 ago.
18. Lee K, Chagas LC, Novotny TE. Brazil and the Framework Convention on Tobacco Control: global health diplomacy as soft power. *PLoS Med* 2010; 7:e1000232.
19. Presidência da República. Decreto Executivo nº 8.262 de 31 de maio de 2014. *Diário Oficial da União* 2014; 2 jun.

20. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Política Nacional de controle do tabaco: relatório de gestão e progresso 2011-2012. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2014.
21. Food and Agriculture Organization. Issues in the Global Tobacco Economy: selected case studies. Roma: Food and Agriculture Organization; 2003.
22. Administrative Rule 713, of April 17, 2012. Unofficial translation. Tobacco Control Laws. <https://www.tobaccocontrolaws.org/files/live/Brazil/Brazil%20-%20Ord.%20No.%20713.pdf> (acessado em 15/Jul/2015).
23. Fumicultura. Câmara setorial se opõe a consultas públicas da Anvisa. Gazeta do Sul 2011; 29 jan.
24. Johns P. Comentário da Aliança de Controle do Tabagismo (ACT) ao posicionamento da Câmara Setorial do Fumo em relação às consultas públicas 112 e 117 da Anvisa. http://actbr.org.br/uploads/conteudo/562_resposta_camara_setorial_final.pdf (acessado em 15/Jul/2015).
25. “O Brasil jamais iria proibir o tabaco”, diz Sávio Pereira. Portal do Tabaco. <http://portaldotabaco.com.br/o-brasil-jamais-iria-proibir-o-tabaco-diz-savio-pereira/> (acessado em 10/Mar/2015).
26. Assunta M. Tobacco industry’s ITGA fights FCTC implementation in the Uruguay negotiations. *Tob Control* 2012; 21:563-8.
27. Perkel C. Feds give farmers \$300M to exit tobacco industry. *The Toronto Star* 2008; 1 ago.
28. Otanez MG, Mamudu HM, Glantz SA. Tobacco companies’ use of developing countries’ economic reliance on tobacco to lobby against global tobacco control: the case of Malawi. *Am J Public Health* 2009; 99:1759-71.

Abstract

This research examines the institutional features of Brazil’s National Commission for the Implementation of the Framework Convention on Tobacco Control (CONICQ) and how these institutional features have facilitated and hindered its ability to foster intersectoral tobacco control. In particular, we evaluate the key institutional features of CONICQ starting from when it was one of the key drivers of change and improvements in early tobacco control policies, which helped to make Brazil a world leader in this area. We also examine how the committee has evolved, as tobacco control has improved and particularly elucidate some of the major challenges that it faces to bring together often disparate government sectors to generate public health policies.

Tobacco; Health Policy; National Tobacco Use Control Commission

Resumen

Esta investigación examina las características institucionales de la Comisión Nacional para la Implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CONICQ) y cómo estas características institucionales han facilitado y dificultado su capacidad de fomentar el control intersectorial del tabaco en Brasil. En particular, evaluamos las características clave institucionales de la CONICQ, cuando era uno de los agentes clave de cambios y mejoras en las primeras políticas de control de tabaco, que ayudaron a hacer de Brasil un líder mundial en esta área. También examinamos cómo el comité ha evolucionado al mejorar el control del tabaco y, particularmente, elucidar algunos de los mayores desafíos a los que se enfrenta para aunar sectores gubernamentales a menudo dispares, con el fin de generar políticas de públicas de salud.

Tabaco; Política de Salud; Comisión Nacional para el Control del Uso del Tabaco

Recebido em 13/Out/2015

Versão final representada em 01/Jun/2016

Aprovado em 20/Jul/2016