

3

A construção social das normas: o processo de criação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)

Nos dias de hoje, o consumo de tabaco é a principal causa de morte passível de prevenção no mundo. De acordo com a OMS, o tabaco mata mais do que a AIDS, a tuberculose e a malária juntas, ou seja, as três doenças infecciosas que mais matam no mundo⁸⁴. Nessa direção, estimativas recentes apontam que o consumo do tabaco é responsável por cerca de 6 milhões de mortes anuais, sendo que, deste montante, 600.000 mil decorrem do fumo passivo. No caso, existem atualmente cerca de 1 bilhão de fumantes, cuja metade eventualmente morrerá por doenças relacionadas ao tabagismo – ressaltando-se que aproximadamente 72% deste total de possíveis vítimas fatais do tabagismo vivem em países de média e baixa renda. Com efeito, se os atuais padrões de consumo do tabaco forem mantidos, em 2030 o tabagismo poderá ser responsável pela morte de 8 milhões de pessoas, a esmagadora maioria nos países supracitados⁸⁵.

Destarte, a atual epidemia mundial de tabagismo possui uma natureza distinta dos demais problemas de saúde pública globais: o agente ou a causa de doenças, no caso, é um produto legalizado, fonte de renda para agricultores, trabalhadores e inúmeros governos ao redor do mundo. Assim sendo, processos recentes de globalização têm imposto desafios ainda maiores para o enfrentamento desta questão, tais como: a facilitação do acesso aos mercados mundiais pela indústria do tabaco, resultado da liberalização econômica e das provisões específicas de acordos comerciais multilaterais; a intensificação das oportunidades de marketing, propaganda e patrocínio dos cigarros através dos sistemas de comunicação globais; o incremento na capacidade das corporações transnacionais em minar a autoridade de regulação dos governos; dentre outros⁸⁶.

⁸⁴ Informações oficiais da Organização Mundial da Saúde, disponíveis em seu site: <<http://www.who.int/topics/tobacco/en/>>. Acesso em: 17 de junho de 2011.

⁸⁵ Informações obtidas a partir dois documentos recentes sobre o atual status da epidemia do tabaco no mundo. Cf. AMERICAN CANCER SOCIETY, 2009; WHO, 2011.

⁸⁶ COLLIN, LEE & BISSEL, 2002, p. 266.

Nessa direção, as últimas décadas testemunharam uma transformação significativa nos padrões mundiais de consumo do tabaco. A partir década de 1970, mais especificamente, países de média e baixa renda passaram a conviver com uma forte expansão no número de fumantes.⁸⁷ Entretanto, enquanto as taxas de tabagismo permanecem aumentando entre a população dos países acima mencionados, as últimas décadas verificaram um declínio no consumo de tabaco entre os homens dos países de alta renda – se mais de 55% da população masculina norte-americana fumava na metade do século vinte, em meados dos anos 1990 esta proporção já era de 28% dos homens⁸⁸.

Todavia, entre determinados grupos populacionais dos países de alta renda, como os adolescentes e as mulheres jovens, por exemplo, a proporção de fumantes aumentou no decorrer da década de 1990. Com resultado, conclui-se que, ao longo das últimas décadas, a epidemia do tabagismo tem se expandido para além de seu foco inicial (homens de países de alta renda), sendo constatado o aumento do tabagismo entre alguns grupos específicos, principalmente entre a população masculina dos países de média e baixa renda⁸⁹.

Sobre os dados do tabagismo ao redor do mundo, Allan Brandt⁹⁰ – autor de referências historiográficas cruciais para a temática em questão, especialmente o livro *“The Cigarette Century: The Rise, Fall, and Deadly Persistence of the Product that Defined America”* – esclarece que:

Uma das ironias mais perturbadoras da saúde pública do século vinte reside no fato de que foi o relativo sucesso na redução do consumo do tabaco no mundo desenvolvido que favoreceu os aumentos significativos no consumo de tabaco nas nações em desenvolvimento. À medida que os mercados Ocidentais se tornaram cada vez mais vulneráveis a regulação estatal e ao crescente movimento antitabagista, as companhias multinacionais de tabaco começaram a cobiçar novos mercados inexplorados; primeiro no mundo em desenvolvimento, e em seguida a queda da cortina de ferro, na Europa oriental. Estes mercados ofereceram oportunidade melhor do que apenas compensar as perdas (da cessação, prevenção e mortes) que a indústria experimentou no Ocidente industrializado.

⁸⁷ O consumo global de tabaco aumentou em torno de 50% durante anos de 1975 a 1996; aumento global significativo que, por seu turno, resulta do crescimento no consumo de tabaco em países de média e baixa renda.

⁸⁸ JHA & CHALOUPEK, 1999, p. 15.

⁸⁹ Sobre a prevalência do tabagismo na população masculina dos países, a China merece uma menção especial: cerca de 60% dos homens chineses fumam, de modo que o país responde pelo consumo de 37% dos cigarros manufaturados no mundo.

⁹⁰ BRANDT, 2007, p. 450. Livre tradução da autora.

No caso, em grande parte dos países de média e baixa renda, as políticas para o controle do tabagismo ainda são incipientes, fato que os tornam ainda mais vulneráveis aos planos de expansão das grandes transnacionais do tabaco – vulnerabilidade confirmada pela própria indústria transnacional do tabaco em milhões de documentos internos confiscados e publicados diante das ações judiciais movidas ao longo das últimas décadas, especialmente nos Estados Unidos e Reino Unido⁹¹.

Desse modo, nos dias de hoje o consumo do tabaco e a pobreza mantêm um vínculo inextrincável. Mesmo na maior parte dos países existem diferenças na prevalência do tabagismo entre grupos socioeconômicos distintos; de maneira geral, as classes com maior nível de renda e melhores índices educacionais costumam fumar menos que as demais⁹². Assim sendo, grande parte dos consumidores do tabaco ao redor do globo vive uma realidade de baixas condições socioeconômicas, e que ainda costuma privar suas famílias de rendimentos imprescindíveis – seja devido às mortes prematuras ou ao custeio do vício em detrimento de outras necessidades familiares.

Nesse sentido, o reconhecimento da expansão do tabagismo como problema de saúde pública global culminou no fato de que, em maio de 1999, durante a 52ª Assembleia Mundial de Saúde (AMS), os Estados membros da OMS propusessem a adoção de uma Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco⁹³. Nesse sentido, o dia 21 de maio de 2003 representa um divisor d'águas na existência desta Organização: por decisão unânime de seus membros foi assinada a CQCT, que se tornou o primeiro tratado de saúde global a ser negociado sob seus auspícios. Neste caso, cabe ressaltar que o artigo segundo da Constituição da OMS garante sua capacidade de propor convenções, acordos e recomendações que atendam a seus objetivos – dentre os quais o principal seria o alcance, por todas as pessoas, do mais alto nível de saúde possível. Todavia, desde sua criação em 1948, a Organização jamais havia feito uso desta provisão. Como resultado, é possível concluir que o controle do tabaco corresponde a um dos poucos assuntos de política internacional, e principalmente, a única questão de saúde pública

⁹¹ CAVALCANTI, 2005, p. 284.

⁹² JHA & CHALOUPEK, 1999, p. 16.

⁹³ A Assembleia Mundial da Saúde (AMS) é o órgão máximo de decisão da OMS, sendo composta por representantes dos Estados-membros. Também podem participar da AMS (sem direito a voto) organizações internacionais ou nacionais, governamentais ou não governamentais, cuja responsabilidade esteja relacionada à OMS.

internacional que, até hoje, resultou em uma ação coletiva entre os Estados na forma de um tratado internacional.

Sobre o exposto acima, cabe ressaltar que, na atualidade, os determinantes da saúde (que são o ambiente físico, o ambiente socioeconômico e os comportamentos individuais das pessoas) são cada vez mais afetados por fatores externos ao próprio campo da saúde, tais como os a violência coletiva e conflitos; os fluxos de comércio e investimentos; as atividades ilícitas e criminais; as mudanças ambientais; as tecnologias de comunicação; entre outros. Por esta razão, portanto, a globalização impõe pelo menos três desafios à capacidade prática e política dos governos nacionais em lidar com os desafios da saúde global, quais sejam: (1) a introdução ou intensificação dos riscos transfronteiriços à saúde, tais como doenças infectocontagiosas doenças não comunicáveis (câncer de pulmão, obesidade e hipertensão, por exemplo); (2) o aumento do número e grau de influência de atores não estatais na governança da saúde, como grupos da sociedade civil, movimentos sociais globais, companhias privadas, firmas de consultoria, *think tanks*, movimentos religiosos e crime organizado; (3) o agravamento dos problemas políticos, socioeconômicos e ambientais⁹⁴.

Diante disso, a ideia de que o atual sistema de governança da saúde internacional seria limitado é cada vez mais debatida, de modo que o conceito de “governança da saúde global” se tornou um assunto de grande interesse ao campo da saúde internacional. No caso, a discussão deste tema costuma se concentrar em três pontos fundamentais: (1) qual seria o equilíbrio apropriado entre os diferentes níveis de governança da saúde; (2) quais papéis os atores públicos e privados devem assumir nas questões de saúde pública internacional; (3) quais regras e estruturas seriam necessárias para proteger e promover a saúde humana⁹⁵.

Neste contexto, portanto, a assinatura da CQCT pode ser considerada um caso emblemático, tanto devido às particularidades do processo através do qual ela foi estabelecida, quanto ao seu enfoque multissetorial para o enfrentamento de questões relacionadas à epidemia do tabaco. Destarte, a criação da CQCT representa uma tentativa explícita de conter a globalização da epidemia do tabaco através da reconfiguração do sistema de “governança da saúde global” – ou, em outras palavras, corresponde a uma resposta necessária à difusão de um “mal

⁹⁴ DOGSON, DRAGER & LEE, 2002, p. 7-8.

⁹⁵ Ver FIDLER, 2002.

global à saúde pública” que ultrapassou a capacidade dos modelos existentes de regulação⁹⁶. Para que a criação da CQCT pudesse se tornar realidade, foram necessários os complexos intercâmbios de conhecimento e ideias sobre o tabagismo, além dos esforços de cooperação da sociedade internacional para a instituição de dispositivos legais que possam vir a impedir o avanço da epidemia mundial de tabagismo. Ainda, foi fundamental a evolução da norma internacional de controle, passando por sua emergência até o estágio de institucionalização no decorrer das últimas décadas.

Desse modo, a hipótese defendida por este trabalho é a de que as décadas anteriores à criação da CQCT coincidem com o estágio de emergência da “norma internacional de controle do tabaco” – uma denominação avançada pelo presente trabalho na tentativa de sintetizar sob um único conceito analítico uma miríade de ideias, entendimentos, e prescrições internacionais relativas ao controle do tabaco desenvolvidas ao longo das últimas cinco décadas. Nessa direção, a criação da CQCT corresponderia à institucionalização da norma de controle do tabaco a nível internacional. Ainda, tal institucionalização representaria um “ponto de ruptura” no processo mais amplo de evolução da norma internacional de controle do tabaco, delimitando o início de uma nova fase, caracterizada pela dinâmica de socialização da norma, bem como pela ocorrência de um “efeito cascata”, em que mais países passam a adotá-la, e de maneira mais rápida. Assim, na perspectiva deste trabalho, para compreender a evolução de quaisquer normas, regras e instituições, faz-se necessário buscar entender a mudança dos “fatos concretos” e dos entendimentos cognitivos e sociais ao longo do tempo.

3.1.

O tabagismo no século vinte: uma trajetória de ressignificação do hábito/vício

O tabagismo corresponde a um costume social integrado à tradição e cultura de diversas sociedades ao redor do mundo; uma prática cultural que atravessa os séculos⁹⁷. Nesse sentido, embora o controle do tabagismo também possa ser

⁹⁶ COLLIN, LEE & BISSEL, 2002, p. 278-279.

⁹⁷ Em termos bastante sintéticos, há cerca de quinhentos anos o tabaco já era consumido por nativos da atual América do Sul em práticas medicinais e cerimoniais. Após a chegada das expedições europeias a esta região, isto é, na onda de descobrimentos, explorações e interações culturais, o tabaco foi disseminado para as demais regiões do mundo.

debatido sob a ótica dos aspectos subjetivos, valores sociais e práticas culturais associados ao hábito, do ponto de vista da saúde pública internacional, o crescimento mundial do consumo de tabaco verificado ao longo do século vinte tornou-se alarmante. No caso, o aumento nos índices de consumo do tabaco durante o último século – fator que alterou profundamente os padrões de saúde e doenças no mundo – é resultado de três fatores em especial: a industrialização da produção de cigarros; a expansão mundial do comércio deste produto; e finalmente, os significados sociais associados ao tabagismo⁹⁸.

Destarte, ao fazer um breve panorama sobre a expansão do tabagismo ao longo do século vinte, dois momentos se destacam como cruciais: primeiro, a criação da máquina de enrolar cigarros, uma invenção norte-americana do ano 1881, e a qual, em termos concretos, deu origem à grande indústria de cigarros e à necessidade de novos consumidores para o produto; depois, a eclosão da Primeira Guerra Mundial, conflito que por sua vez engendrou transformações imediatas na percepção pública sobre os cigarros, levando à aceitação social do tabagismo⁹⁹.

Assim sendo, nas décadas anteriores ao início da Primeira Guerra Mundial, a aceitação social do tabagismo era relativamente baixa. Desse modo, este corresponde ao período em que a indústria de cigarros buscava consolidar seus primeiros mercados. Mesmo no caso da sociedade norte-americana, berço da então nascente indústria de cigarros, o tabagismo era veementemente condenado. Isso porque, ao longo dos séculos, o tabagismo sempre fora mantido sob a suspeita médica, além de ser considerado moral e culturalmente ofensivo¹⁰⁰.

Neste caso, portanto, Cassandra Tate¹⁰¹ parece ter descrito o status da aceitação social do tabagismo no início do século vinte quando comparou a sociedade norte-americana de outrora à atual:

⁹⁸ Neste ponto, cabe destacar que, no passado, o tabaco era comumente mascado ou fumado através de diferentes tipos de cachimbos. Atualmente, embora tais práticas persistam, elas se encontram em declínio. Assim sendo, hoje os cigarros manufaturados, bem como os diversos tipos de cigarros enrolados manualmente – tais como os “bidis”, comuns no sudeste da Ásia e Índia – correspondem por mais de 85% de todo o tabaco consumido mundialmente.

⁹⁹ Um panorama completo da história do consumo de tabaco ao longo dos séculos é possível a partir da leitura de BURNS, 2007; BRANDT, 2007; KLEIN, 1997; TATE, 1999.

¹⁰⁰ Nos Estados Unidos, grupos contrários à difusão do consumo do tabaco existem desde o século dezanove, como é o caso da “Anti-Cigarette League of America” (1899). Nas duas primeiras décadas do século vinte, a crescente produção de cigarros enfrentou resistência, principalmente de frentes religiosas das Igrejas Adventista, Metodista e Mórmon.

¹⁰¹ TATE, 1999, p. 7. Livre tradução da autora.

Os fumantes de cigarros encontraram a mesma hostilidade há um século atrás. Homens respeitáveis fumavam cachimbos ou charutos; já mulheres respeitáveis não fumavam de maneira alguma. O cigarro era algo novo, em uma sociedade não acostumada a valorizar a novidade pela novidade; ele era associado aos imigrantes, em uma era xenofóbica; e ainda, ele parecia induzir a dependência em uma época de crescente preocupação quanto às drogas aditivas [...] O ethos da classe média da América condenava o sensual e suspeitava o estrangeiro. O cigarro representava ambos.

Mas, se a aceitação social do tabagismo era baixa durante o início do século vinte, cerca de cinquenta anos depois, o produto e o hábito já haviam deixado a “periferia da prática cultural” e conquistado ampla aceitação social. E, de maneira geral, esta mudança não envolveu apenas questões práticas, como é o caso das inovações nas tecnologias de produção, propaganda e design do produto; mas principalmente, transformações nos padrões de significados e comportamentos sociais associados ao tabagismo¹⁰².

Portanto, como mencionado anteriormente, tais transformações de percepção pública ocorreram após o início da Primeira Guerra Mundial, quando as suspeitas e críticas associadas ao hábito perderam força diante da própria brutalidade dos fatos. Ainda, neste contexto a guarnição de cigarros para soldados foi considerada uma forma de governos, organizações civis e cidadãos comuns prestarem suporte e demonstrar solidariedade; o tabagismo era visto como uma “medida de compensação” ao estresse gerado pelo conflito¹⁰³. Com efeito, à medida que o consumo do tabaco se atrelava à imagem dos soldados, ele conquistava popularidade – visto que eles eram ícones da concepção de masculinidade, disciplina, moralidade e virtude cívica da época. Além disso, as transformações sociais que ocorreram ao final do conflito – dentre as quais se destacam a urbanização e a ampliação das oportunidades econômicas especialmente no caso das mulheres – também foram fatores importantes para a aceitação social do tabagismo.

Assim sendo, com a popularização dos cigarros a partir da década de 1930, verifica-se uma intensificação das práticas de publicidade e propaganda por parte da indústria do tabaco. Com a ajuda das transformações sociais em curso, as companhias do tabaco intensificaram seus esforços em estimular a construção de significados positivos associados ao tabagismo. Como resultado, até a metade do

¹⁰² BRANDT, 2007, p. 2.

¹⁰³ TATE, 1999, p. 65.

século vinte os cigarros já tinham se tornado símbolo de poder, atratividade e beleza, por exemplo. O que ocorreu, portanto, foi um processo de “ressignificação” dos cigarros e do tabagismo, com o engajamento de valores sociais e concepções sobre prazer individual, sexualidade, gênero, dentre outros. A partir disso, portanto, o tabagismo foi associado a noções de virilidade e força para os homens, e no caso das mulheres, beleza e igualdade sociopolítica – significados que então eram (re)produzidos pelos jornais, revistas, cartazes, novelas, rádio e filmes cinematográficos da época¹⁰⁴.

Nessa direção, o tabagismo atingiu o auge de sua aceitação social em meados do século vinte, de modo que os cigarros já haviam transformado comportamentos sociais da época. Enquanto charutos e cachimbos normalmente se restringiam aos ambientes privados, os cigarros foram incorporados aos ambientes públicos – no caso, trata-se de apenas uma evidência da popularização do tabagismo entre homens e mulheres de todas as faixas etárias da população. Sobre este aspecto, portanto, Allan Brandt¹⁰⁵ esclarece que:

O processo através do qual os cigarros vieram a “caber” nos parâmetros da cultura Americana foi tudo menos “natural” ou fortuito. Produto e cultura foram legitimados por forças econômicas e sociais específicas, muitas vezes propositadas, em um processo que exigiu “ajustamento” das fronteiras tradicionais e expectativas sociais, bem como o desenvolvimento de novas técnicas que estruturaram tanto o produto quanto o mercado. Talvez seja sua extraordinária coleção de significados – e sua definição bem sucedida e construção através de publicidade e propaganda – que faz do cigarro um símbolo tão poderoso da cultura de consumo.

Entretanto, tendo em vista que a construção social de significados ocorre em todos os lugares e em todos os momentos, novos significados associados ao tabagismo viriam a ganhar força a partir dos anos 1960 e 1970. No caso, com o reconhecimento científico dos riscos do tabagismo à saúde, a aceitabilidade deste hábito/vício começou a sofrer crescentes ataques por parte de ativistas da saúde pública e grupos organizados da sociedade civil, inicialmente nos Estados Unidos, posteriormente ao redor do mundo – ataques que fizeram com que um produto popular (cigarros) e um comportamento até então associado a significados positivos (tabagismo) fossem radicalmente reconfigurados pela percepção pública.

¹⁰⁴ Ibidem, p. 94.

¹⁰⁵ BRANDT, 2007, p. 99. Livre tradução da autora.

3.1.1.

O reconhecimento científico dos riscos do tabagismo

Como mencionado anteriormente, o tabagismo sempre foi mantido sob a suspeita médica. Portanto, já nos séculos dezoito e dezenove – antes mesmo, portanto, da ascensão da “era dos cigarros” – foram realizados diversos experimentos científicos no campo das observações clínicas, da química e da fisiologia experimental com o objetivo de desvendar os efeitos do tabaco na saúde. Como resultado, no decorrer deste período, as experimentações científicas com o tabaco exerceram um papel determinante na consolidação das hipóteses médicas sobre os riscos do tabagismo à saúde, e principalmente, na consolidação de críticas quanto a suas possíveis consequências sociais deletérias.

Com relação a este aspecto, Allan Brandt¹⁰⁶ argumenta que, até meados do século vinte, prevalecia uma relação bastante estreita entre a saúde e moral. Por esta razão, portanto ele afirma que:

Não seria característico a este período existir uma distinção incisiva entre prejuízos físicos e morais. Destarte, a relação entre tabagismo e saúde recebeu atenção considerável porque ela aparentemente confirmava as pressuposições morais da época. O tabagismo – definido como um ato de moralidade dúbia – *deveria* levar a doenças. Para aqueles que faziam parte da cruzada antitabaco, os médicos-cientistas eram aliados cruciais, confirmando através de diagnósticos o que o senso comum ditava.

No entanto, com a popularização dos cigarros e da aceitação social do tabagismo em meados do século vinte, tais argumentos morais contra o tabaco perderam bastante força. Desse modo, para que as avaliações sobre os riscos do tabagismo fossem levadas a sério, elas teriam que desvencilhar-se do campo das “meras suspeitas” e da retórica moral tradicional, apresentando provas incisivas da existência da relação entre tabagismo e doenças – sem estas provas, portanto, seus resultados não seriam persuasivos. Assim sendo, ao final dos anos 1940, as hipóteses sobre o tabagismo estar na causa de mortes e doenças, ainda eram consideradas apenas hipóteses, mesmo que fossem antigas. Ao longo deste período, portanto, diversos estudos continuaram apontando a relação entre tabagismo e doenças e, mesmo assim, estes não foram capazes de apresentar

¹⁰⁶ BRANDT, 2007, p. 107. Tradução livre. Grifo do autor.

provas de acordo com a concepção científica e social da época. Com isso, eles não tiveram impactos significativos na visão público/política sobre o tema¹⁰⁷.

No caso, a referida dificuldade em comprovar cientificamente os efeitos do tabagismo na saúde pode ser explicada pelo fato de que durante o período em questão, as implicações sanitárias do consumo de cigarros ainda não eram totalmente visíveis, principalmente sob o ponto de vista estatístico. Dito de outra forma, o vínculo causal entre tabagismo e doenças só pôde ser confirmado a partir do momento em que houve um crescimento significativo na incidência de doenças que, conforme as evidências apontavam, poderiam estar relacionadas ao consumo de tabaco. Nessa direção, a confirmação científica tornou-se possível quando em meados da década de 1940, a comunidade médico-científica constatou que a incidência de câncer de pulmão – uma doença praticamente desconhecida no início do século vinte – havia triplicado nas três décadas anteriores.

Assim, com o suporte da Sociedade Americana para o Câncer (ACS, na sigla em inglês), Evarts Graham e Ernest Wynder iniciaram, em 1947, um estudo inovador que depois de alguns anos confirmou a relação entre tabagismo e câncer pulmão. Em linhas gerais, o estudo de Graham e Wynder se estruturou sobre entrevistas aos pacientes com câncer de pulmão internados em hospitais dos EUA, e tinha como objetivo investigar seus hábitos tabagistas. Com o apoio de técnicas estatísticas rudimentares para realizar suas avaliações, ao final, estes pesquisadores concluíram que: era raro encontrar câncer de pulmão entre não fumantes; entre os pacientes com este tipo de câncer, o consumo de tabaco era expressivo; a distribuição do câncer de pulmão entre homens e mulheres combinava com a proporção de fumantes por gênero; e o aumento na venda de cigarros coincidiu com o aumento na incidência de câncer de pulmão¹⁰⁸.

Também em 1947, na Inglaterra, um estudo paralelo foi realizado por Austin Bradford Hill e Richard Doll, com o apoio do Conselho Britânico de Pesquisa Médica. De modo geral, as conclusões a que Hill e Doll chegaram se assemelham às alcançadas pela pesquisa que Graham e Wynder desenvolveram. Em conjunto, ambas as pesquisas epidemiológicas – somadas a outros estudos que se acumularam ao longo de todo o século vinte – culminaram no reconhecimento

¹⁰⁷ Ver BURNS, 2007.

¹⁰⁸ WYNDER & GRAHAM, 1950.

científico de que o tabagismo é a causa do câncer de pulmão¹⁰⁹. Assim, quanto à relevância e aos desdobramentos deste fato, Allan Brandt¹¹⁰ acrescenta que:

Uma das “descobertas” mais importantes do último século corresponde à demonstração científica de que o tabagismo *causa* mortes e doenças sérias. Do nosso ponto de vista contemporâneo privilegiado, a simples lógica sugere que o aumento dramático no consumo de cigarros deve estar relacionado com a descoberta em 1946 de que os casos de câncer de pulmão haviam triplicado durante as três décadas anteriores. Todavia, esta conclusão epidemiológica aparentemente óbvia foi adiada por décadas de debate médico e público, largamente estimulado pela indústria do tabaco. Como resultado, este conhecimento – este *fato* – não foi facilmente aceito.

Desse modo, ao se levar em consideração o posicionamento da indústria do tabaco perante as pesquisas científicas sobre os riscos do tabagismo, verifica-se que, já nas primeiras décadas do século vinte, aquela desenvolveu diversas estratégias para driblar as preocupações de médicos e do público em geral com relação ao tema. Nesta época, por exemplo, a promessa quanto a um cigarro “melhor” ou “mais suave” era um mecanismo comum para a promoção de determinadas marcas¹¹¹. Assim sendo, quando confrontada com os resultados das pesquisas epidemiológicas descritas acima, a indústria do tabaco apenas procurou manter seu marketing assertivo e agressivo, negando a existência do problema.

No entanto, na medida em que tais conclusões epidemiológicas encontraram ressonância na mídia da época, a indústria do tabaco buscou redirecionar suas estratégias, empregando técnicas de relações públicas no intuito de produzir ceticismo e controvérsia sobre o nascente consenso científico e social sobre os riscos do tabagismo à saúde. No caso, a indústria do tabaco passou a patrocinar pesquisas médicas sobre seus produtos, na tentativa clara de avançar a ideia de que “ainda não se sabia o suficiente” sobre os riscos do tabagismo¹¹². Ainda, além de negar a existência dos vínculos entre tabagismo e doenças, a indústria também tentava convencer o público de que importantes mudanças em seus produtos, como a introdução dos filtros, por exemplo, resolveriam este “problema”.

¹⁰⁹ Estas pesquisas geraram progressos no pensamento epidemiológico moderno, bem como inovações técnicas sobre as quais o conhecimento médico subsequente se estabeleceria. Nessa direção, a aplicação histórica de métodos de inferência causal mantém um vínculo inextrincável com as tentativas de se provar os riscos do tabagismo. E no cerne desta questão, por seu turno, residem questões fundamentais sobre os processos através dos quais o conhecimento é atingido.

¹¹⁰ BRANDT, 2007, p. 106. Tradução livre. Grifos do autor.

¹¹¹ Ibidem, p. 159.

¹¹² Ibidem, p. 160-161.

Ao longo de todo o século vinte, portanto, a indústria do tabaco empregou suas relações públicas em duas tarefas fundamentais: moldar os códigos e convenções sociais associados ao hábito; contestar importantes descobertas científicas relacionadas ao tabagismo. Entretanto, apesar do sucesso da indústria do tabaco em expandir seus mercados e manter lucros exorbitantes até os dias de hoje, é fato que, a partir da década de 1960, esta passou a enfrentar crescentes dificuldades para alimentar a controvérsia quanto aos riscos do tabagismo à saúde, e principalmente, para manter o controle sobre os processos de aceitação social e a percepção pública sobre seu produto.

No caso, a partir dos anos 1960, as doenças crônicas (tais como o câncer, a diabetes, e as doenças cardiovasculares e pulmonares) chegaram a ultrapassar as doenças infecciosas como principais causas de morte nos países desenvolvidos. Tal fato, por seu turno, pressionou órgãos e agentes de saúde pública a redefinir prioridades e a manifestarem-se com relação à questão. Diante desta transição epidemiológica, portanto, o tabagismo foi reconhecido nestes países como um problema de saúde pública. Assim sendo, já no início da década de 1960, o *Royal College of Physicians* da Inglaterra, e o *Surgeon General* dos Estados Unidos, lançaram relatórios que atestaram oficialmente a relação entre tabagismo e câncer de pulmão – foram publicados em 1962 e 1964, respectivamente, e ambos se intitularam “*Smoking and Health*”.

Antes da divulgação destes relatórios, os riscos do tabagismo não eram amplamente conhecidos pelo público daqueles países. Por esta razão, ambas as publicações podem ser consideradas o marco fundamental de uma nova fase na história do consumo do tabaco, tanto em termos de significados associados ao hábito, quanto de práticas de regulação domésticas e internacionais. Em outras palavras, a relevância dos relatórios reside no fato de que eles finalmente legitimaram a associação científica entre tabagismo e doenças.

De modo geral, ambos os relatórios se caracterizam por reunir um conjunto de evidências existentes sobre os efeitos do tabagismo na saúde; organizar e apresentar as informações de maneira didática; por fim, colocar o “carimbo” de uma organização profissional respeitada (no caso do relatório inglês) ou do governo federal (no caso do relatório norte-americano) em suas conclusões. Desse modo, mesmo que tais relatórios não tenham coletado novas informações ou empreendido novas descobertas, eles não deixaram de produzir

um novo conhecimento, transformando evidências dispersas em informações amplamente reconhecidas¹¹³.

No entanto, embora tenham contribuído para a consolidação do entendimento social mais amplo de que “fumar faz mal à saúde”, estes relatórios impactaram minimamente no âmbito das políticas regulatórias de seus países. No caso, neste período prevalecia a concepção de que o tabagismo representava um risco voluntário, e que, portanto, a autoridade para regulá-lo residia no âmbito das escolhas individuais – concepção apoiada, claro, pelo *lobby* da indústria transnacional do tabaco. Nesse sentido, as iniciativas de mudanças nas práticas de regulação do tabaco só ganharam ímpeto a partir do momento em que a aceitação social do tabagismo passou a ser alvo de crescentes ataques por parte de ativistas e grupos organizados da sociedade civil – na década de 1970, especialmente no contexto da sociedade norte-americana¹¹⁴. De modo geral, o objetivo principal destes grupos era reconfigurar os significados associados ao hábito (agora vício). Além disso, queriam impulsionar a construção de uma norma social que o suprimisse ou ajudasse a reduzir o número de mortes por tabaco.

Neste caso, as frentes favoráveis à regulação do tabaco sempre argumentaram que os riscos do tabagismo não são puramente individuais, visto que também implicam na saúde dos não fumantes¹¹⁵. No entanto, até os anos 1980, os riscos do tabagismo à saúde dos não fumantes não havia sido comprovada cientificamente. Em 1965, um grande estudo sobre os efeitos do tabaco na saúde de não fumantes foi iniciado no Japão, mas o mesmo só foi divulgado em 1981. No estudo em questão, o epidemiologista Takeshi Hirayama (Instituto de Pesquisa do Centro Nacional do Câncer de Tóquio) mediu os índices de câncer de pulmão de esposas de fumantes em um grupo de duzentos e cinquenta mil adultos, e assim descobriu que as esposas de fumantes e ex-fumantes tiveram um crescimento significativo no risco de desenvolver o câncer de pulmão, o qual estaria diretamente relacionado à dose de exposição.

Assim, antes mesmo que este estudo fosse publicado, tais frentes sociais já alertavam sobre os riscos do tabagismo para os que não fumam, mas convivem

¹¹³ NATHANSON, 1999, p. 442-443.

¹¹⁴ Dentre os grupos da sociedade civil que surgiram no contexto norte-americano deste período, destacam-se: a “Ação em Tabaco e Saúde” (ASH, sigla em inglês), fundada em 1967; e o “Grupo Contra a Poluição Tabagística” (GASP, sigla em inglês), fundada em 1971.

¹¹⁵ Ver SUNSTEIN, 1995, p. 5.

com a fumaça do tabaco, com base no seguinte raciocínio: se os relatórios da década de 1960 confirmaram que o tabagismo causa sérias doenças, por que a fumaça do tabaco, quando despejada no ambiente, também não faria o mesmo? Desse modo, além da definição do fumo passivo, as frentes sociais antitabaco foram responsáveis pela classificação da fumaça do tabaco como uma forma de poluição ambiental, nominando-a de Poluição Tabagística Ambiental (PTA). Neste caso, tanto o enquadramento da categoria de “fumantes passivos” – composta especialmente pelos entes mais próximos dos fumantes – quanto da PTA foram cruciais na reconfiguração da percepção pública sobre o tabagismo.

3.2.

A evolução da norma internacional de controle do tabaco

O novo significado atribuído ao tabagismo, não como uma questão de saúde dos fumantes, mas de direitos dos não fumantes, representou uma mudança radical na atribuição de riscos e responsabilidades, virando literalmente a antiga retórica de cabeça para baixo. Os perigos do tabagismo foram deslocados do comportamento de risco individual para a esfera do vizinho da fumaça; a exposição não era mais uma questão de escolha, mas sim de vitimização involuntária. Em outras palavras, a responsabilidade pela redução do risco foi transladada da perspectiva de escolha individual para a questão do fumante que coloca em risco não fumantes, e também do papel das agências regulatórias do governo em meio a estas condições¹¹⁶. Assim sendo, fortalecendo um movimento que defende a prevenção dos riscos do tabagismo entre grupos vulneráveis ou “inocentes”, os empreendedores da norma de controle do tabaco foram capazes de persuadir audiências cada vez maiores, ultrapassando o âmbito doméstico e atingindo relevância internacional, de modo que o controle do tabaco viesse a se tornar uma “norma entre países”¹¹⁷.

Portanto, com o modelo do “ciclo de vida das normas” de Finnemore e Sikkink em mente, portanto, o presente trabalho tenta traçar a evolução da norma internacional de controle do tabaco, com ênfase para a identificação dos atores e mecanismos de difusão envolvidos nas diferentes fases deste processo. No caso, cabe ressaltar que em todos os estágios do “ciclo de vida” da norma internacional

¹¹⁶ NATHANSON, 1999, p. 448.

¹¹⁷ NOWELL, 2005, p. 6.

de controle do tabaco, a mudança foi e continua sendo incentivada por atores e motivos distintos, atuando a partir de diferentes mecanismos de influência.

Desse modo, este capítulo em particular busca entender a dinâmica de emergência e de um possível “efeito cascata” da norma internacional de controle do tabaco; no próximo capítulo, por seu turno, o interesse será analisar a fase de internalização da norma, atentando para seus desdobramentos no contexto doméstico. Assim sendo, antes de prosseguir é importante ressaltar que esta noção da “norma internacional de controle do tabaco” corresponde a uma tentativa do trabalho em sintetizar sob um único conceito analítico uma miríade de ideias e prescrições internacionais relativas ao controle do tabaco.

Nessa perspectiva, a “norma internacional de controle do tabaco” compreende os entendimentos sociais compartilhados internacionalmente sobre tabagismo e controle do tabaco. Estes entendimentos foram cultivados através de fóruns internacionais e outras plataformas de diálogo entre governantes e atores sociais transnacionais, resultando em práticas comuns entre os Estados¹¹⁸. Por esta razão, portanto, este capítulo dedica especial atenção à agência social no processo de evolução da norma internacional de controle do tabaco, identificando os diferentes atores sociais que compõem o conceito de empreendedores transnacionais desta norma, bem como as plataformas organizacionais a partir das quais estes atores atuam.

3.2.1.

A comunidade epistêmica antitabagista e a “Conferência Mundial em Tabaco ou Saúde”

Uma parte significativa dos empreendedores da norma internacional de controle do tabaco pertence a uma rede de profissionais de diversas disciplinas e origens que, por seu turno, pode ser traduzida pelo conceito de “comunidade epistêmica” – definida como uma “rede de profissionais com reconhecida

¹¹⁸ Em um esforço analítico semelhante ao desempenhado por este trabalho, Marco Antonio Vieira (2007) procura explicar a emergência e difusão da “norma de securitização da AIDS/HIV”. No caso, o autor procura evidenciar de que forma a “securitização” da epidemia de AIDS/HIV corresponderia a uma norma internacional, definida e promovida fundamentalmente por órgãos multilaterais; o que ele chama de “Estados poderosos do Norte”; e redes de ativismo em prol da AIDS/HIV. Cf. VIEIRA, 2007; MACHADO, 2006.

especialização e competência em um domínio particular e com afirmação de autoridade sobre o conhecimento politicamente relevante desta área”¹¹⁹.

Assim sendo, o presente trabalho reconhece a existência de “comunidade epistêmica antitabagista” com base na constatação de que os membros desta rede de profissionais compartilham: (1) um conjunto comum de crenças normativas e de princípios, o qual, por seu turno, provê uma base valorativa para sua ação política e social; (2) crenças causais; (3) noções de validação, isto é, critérios intersubjetivos para avaliar e validar o conhecimento no domínio de sua especialidade; e (4) um empreendimento político comum.¹²⁰ Em outras palavras, identifica-se uma comunidade epistêmica antitabagista cujos membros compartilham: princípios de defesa da saúde; uma base valorativa para sua ação política; a convicção acerca da relação causal entre tabagismo e doenças; métodos de validação científica do conhecimento; e um projeto político comum, resultado do consenso mínimo sobre as medidas para o controle do tabaco em escala global. No caso, portanto, a comunidade epistêmica antitabagista corresponde a uma rede transnacional de profissionais de distintas áreas que atuam a partir e através de diferentes plataformas organizacionais – em especial, a Conferência Mundial em Tabaco ou Saúde (CMTS).

No caso, portanto, a divulgação dos relatórios do *Royal College of Physicians* (1962) e do *Surgeon General* (1964) foi o catalisador para a realização da 1ª CMTS – ou seja, o evento responsável pela articulação de uma comunidade epistêmica antitabagista. Desse modo, as CMTS constituem o “fórum global” através do qual os membros desta comunidade epistêmica puderam reunir informações; organizar um consenso em torno das evidências científicas disponíveis; disseminar informações para os tomadores de decisões governamentais; e principalmente, formular e discutir políticas relacionadas ao controle do tabaco¹²¹. Assim, entre os anos de 1967 e 2009, já foram realizadas quatorze CMTS. Ao longo deste período, as Conferências reuniram regularmente

¹¹⁹ HAAS, 1992, p. 2-3.

¹²⁰ Ibidem, p. 3

¹²¹ Em outras palavras, as CMTS correspondem à principal plataforma a partir da qual a comunidade epistêmica antitabagista pôde exercer seu papel transnacional. Segundo Haas, este papel transnacional engloba: articular as relações de causa e efeito de problemas complexos; “enquadrar” assuntos para o debate coletivo; ajudar Estados a identificarem seus interesses; propor políticas específicas; e identificar pontos sensíveis para negociação. Ver HAAS, 1992.

milhares de acadêmicos, pesquisadores, médicos e especialistas da saúde pública e de outras áreas do conhecimento.

A partir deste fórum de diálogo, a comunidade epistêmica antitabagista pôde então compartilhar conhecimento, informações e ideias acerca do controle do tabaco com tomadores de decisões de diversos Estados, representantes de organizações não governamentais e intergovernamentais, e demais atores interessados na questão. Em linhas gerais, portanto, a CMTS corresponde a uma das primeiras e mais importantes iniciativas formais para o enfrentamento da natureza global do controle do tabaco. Cabe acrescentar que, de acordo com a estrutura, foco temático e perfil dos participantes, as CMTS podem ser agrupadas em ciclos, quais sejam: (1) fase de emergência da norma de controle do tabaco, período entre a primeira (1967) e terceira CMTS (1975); (2) fase de estruturação do diálogo e consolidação da agenda, período entre a quarta (1979) e oitava Conferência (1992); (3) estágio de institucionalização da norma internacional de controle do tabaco, que compreende o período entre a nona (1994) e décima segunda CMTS (2003); (4) finalmente, a fase de socialização da norma de controle do tabaco, que corresponde à fase atual e abrange até agora a décima terceira (2006) e a décima quarta CMTS (2009)¹²².

Quanto ao primeiro ciclo da CMTS, este foi marcado pela participação quase exclusiva de representantes dos países de alta renda – fato que, por sua vez, restringe a agenda de discussão. Neste caso, as Conferências desta fase focaram-se apenas na discussão sobre as medidas de regulação do tabaco em países de alta renda. Como resultado, portanto, as três primeiras CMTS tiveram um alcance limitado¹²³. Já o segundo ciclo da CMTS (1979), por seu turno, marca o início do segundo ciclo de Conferências, momento em que questões relativas ao controle do tabaco em países de baixa e média renda passaram a ser incluídas na agenda do evento – além disso, os países de média e baixa renda começaram a participar do evento, muitas vezes com o patrocínio de países de alta renda¹²⁴.

Nesse sentido, no decorrer do segundo ciclo das CMTS consolidou-se o consenso de que o controle do tabaco exigia um enfoque colaborativo

¹²² MAMUDU, 2005.

¹²³ Ibidem, p. 177-178.

¹²⁴ Durante a 4ª CMTS, ficou decidido que o nome da Conferência sofreria uma modificação: no caso, a expressão “Tabaco e Saúde”, que foi modificada para “Tabaco ou Saúde”. A explicação para este fato, portanto, seria uma explícita manifestação da consolidação e amadurecimento do discurso político da CMTS.

internacional e, por esta razão, dois assuntos tiveram prioridade: as estratégias internacionais de cooperação fundamentais ao controle do tabaco; a prevalência do tabagismo em países de baixa e média renda¹²⁵. No objetivo de expandir o debate para outros países, a organização das Conferências procurou engajar indivíduos e organizações não governamentais, bem como a OMS e outras organizações intergovernamentais. E diante da preocupação com a expansão do consumo de tabaco nos países de média e baixa renda, neste ciclo as CMTS dirigiram maior atenção para a transferência do que se convencionou chamar de “melhores práticas” para o controle do tabaco – como, por exemplo, a colocação de avisos sobre os riscos do tabagismo em embalagens dos cigarros, a restrição do fumo em lugares coletivos; e a restrição da propaganda dos cigarros.

Na sequência, a realização da 9ª CMTS (1994) marca o início da terceira fase do evento. A partir deste momento, mais do que reconhecer a natureza global da questão, foi admitida a necessidade de se desenvolver uma estratégia global para o enfrentamento do problema. Para tanto, a 9ª CMTS estabeleceu aos Estados que estes deveriam adotar e implementar a “Estratégia Internacional para o Controle do Tabaco¹²⁶” – um conjunto de medidas que, por seu turno, encontraram efeitos positivos nos países onde foram adotadas (ver quadro 2).

Com base nestas medidas, as demais Conferências da terceira fase debateram a possível criação de um tratado internacional para o controle do tabaco no âmbito da ONU. Diante desta possibilidade, o número de participantes cresceu vertiginosamente, especialmente durante a 12ª Conferência, realizada em 2003, mesmo ano da criação da CQCT, em 2003. Assim sendo, em sua fase atual, a CMTS mantém todos os esforços já mencionados, todavia, a estes se somaram outros esforços, especialmente os de consolidação e aprofundamento da CQCT.

Com isso, verifica-se que a CMTS se mantém como um importante fórum de debate entre a comunidade epistêmica antitabagista e os demais atores interessados na temática de controle do tabaco. Por intermédio dela e de outras plataformas organizacionais apresentadas a seguir, a comunidade epistêmica antitabagista desempenhou um papel crucial no processo de coordenação política internacional para o controle do tabaco, em especial no sentido de: enquadrar

¹²⁵ MAMUDU, 2007, p. 178-186.

¹²⁶ Esta iniciativa foi posteriormente incorporada pela OMS através da resolução WHA48.11, de 1995, com o título “Uma estratégia internacional para o controle do tabaco”.

questões para o debate coletivo; propor iniciativas políticas; influenciar os Estados na identificação de seus interesses; e destacar medidas para serem negociadas internacionalmente. Nesse sentido, na ausência da comunicação internacional e dos processos de socialização que a comunidade epistêmica antitabagista ajudou a promover, novas ideias permaneceriam confinadas a contextos domésticos, sem alcançar maiores efeitos estruturais¹²⁷.

Quadro 2. Estratégia Internacional para Controle do Tabaco

1- Legislação para banir a propaganda direta e indireta para promoção do tabaco
2- Legislação para proteger os jovens da promoção e venda de tabaco
3- Políticas para desestimular o início e manutenção do consumo do tabaco, incluindo: a- Educação sanitária intensiva e informação para jovens e adultos; b- Ampla disponibilidade de apoio para consumidores do tabaco que decidem parar
4- Políticas econômicas para desestimular a produção e consumo de todos os produtos do tabaco – taxação, abolição de subsídios para o tabaco, meios alternativos de sobrevivência, etc.
5- Regulação e avisos nas embalagens de produtos derivados do tabaco
6- Regulação do teor de alcatrão e nicotina
7- Políticas públicas para desenvolvimento de ambientes livre da fumaça do tabaco
8- Bloqueio de futuras iniciativas de promoção por parte das multinacionais do tabaco
9- Monitoramento da pandemia do tabaco e aplicação dessas medidas de controle do tabaco

Fonte: 9ª CMTS, 1994: 1018 *apud* MAMUDU, 2005: 187.

¹²⁷ De acordo com Adler e Haas, o processo de evolução das políticas possui quatro etapas fundamentais: inovações políticas, difusão, seleção e persistência. Nessa direção, os autores veem a política externa como resultado de um processo através do qual as inovações políticas (que as comunidades epistêmicas ajudam a produzir) são transportadas por organizações domésticas e internacionais (nas quais as comunidades epistêmicas devem residir), e assim são selecionadas por processos políticos para se transformarem na base de interesses nacionais novos ou transformados. Ainda, os autores veem a política internacional como um processo através do qual as inovações produzidas por comunidades epistêmicas são difundidas nacionalmente, transnacionalmente e internacionalmente para se transformar na base de instituições e práticas internacionais novas ou modificadas, isto é, nos atributos para novas ordenações mundiais. Ver ADLER E HAAS, 1992.

3.2.2.

Os atores sociais transnacionais

O conjunto de atores sociais transnacionais envolvidos com temas da saúde pública, em particular com a temática do controle do tabaco, é composto tanto por indivíduos, desde médicos, especialistas, profissionais da saúde, pesquisadores, até pessoas que apoiam a causa, quanto por grupos sociais organizados, como organizações não governamentais, associações e grupos de ativismo. Nas páginas que se seguem, portanto, serão apresentados alguns dos atores sociais transnacionais engajados com o controle do tabaco, desde os anos 1960 até hoje; destacando, porém, que a seleção apresentada não pretende ser exaustiva. Ao contrário, o intuito desta seleção se restringe a colocar em perspectiva a atuação dos milhares de atores sociais que se envolveram ou permanecem envolvidos com a temática de controle do tabaco, desde o nível local até o global.

Nessa direção, o fato é que ao longo de toda a história do consumo do tabaco, sempre existiram indivíduos que condenaram o tabagismo, mobilizando para tanto ações antitabagistas¹²⁸. Especialmente a partir da metade do século vinte, após o reconhecimento científico dos riscos do tabagismo à saúde, estes indivíduos passaram a atuar com maior engajamento na mobilização da opinião pública, de suporte político, e na institucionalização de medidas para o controle do tabaco. Portanto, historicamente existe um enorme número de iniciativas individuais, localizadas em diferentes níveis (do local ao global), que constitui parte integral do movimento de consolidação da norma internacional de controle do tabaco. Por esta razão, o presente trabalho optou por destacar, a princípio, a atuação de apenas dois indivíduos, cujos nomes frequentemente são associados à origem e consolidação da ideia de um tratado internacional para o controle do tabaco – no caso, Allyn Taylor e Ruth Roemer¹²⁹.

Em linhas gerais, portanto, podemos descrever Allyn Taylor e Ruth Roemer como duas norte-americanas, especialistas em Direito Internacional que compartilham interesses por temas de Saúde Pública. No início da década de 1990, Allyn Taylor escreveu um artigo emblemático para o periódico *American Journal of Law and Medicine*, no qual, após descrever o panorama histórico do

¹²⁸ Para um panorama histórico do consumo do tabaco e dos atores que se dedicaram a ações antitabagistas ao longo dos séculos, ver BURNS, 2007.

¹²⁹ Cf. MAMUDU, 2005; BRANDT, 2007; EKANAYAKE & MUKHERJEE, 2009.

envolvimento da OMS com o Direito Internacional, defendeu o argumento de que esta Organização deveria utilizar sua autoridade constitucional, até então negligenciada, na elaboração de convenções internacionais que promovam a saúde pública em escala global¹³⁰. Em 1993, ano seguinte à publicação deste artigo, Ruth Roemer, tutora de Taylor, sugeriu então que ela elaborasse um possível instrumento de regulação internacional para o controle do tabaco¹³¹. A partir desta ideia, Allyn Taylor desenvolveu uma possível convenção internacional para o controle do tabaco como parte de sua tese de doutorado, e a partir disso procurou disseminá-la, sempre com o auxílio de Roemer, através de artigos e conferências internacionais – especialmente durante a realização da 9ª CMTS (1994), momento em que a questão recebeu grande destaque.

Assim sendo, Allyn Taylor e Ruth Roemer foram convidadas a se tornarem consultoras da OMS em 1995, com o objetivo de que ambas desenvolvessem um relatório sobre os possíveis mecanismos internacionais para o controle do tabaco¹³². Nesta oportunidade, ambas propuseram um enfoque legal para a temática, que, a despeito da resistência interna com que foi inicialmente recebida, foi adotado pela Organização. Por esta razão, Allyn Taylor e Ruth Roemer podem ser reconhecidas como responsáveis pela disseminação da ideia de um tratado internacional entre representantes da OMS, grupos ativistas, dentre outros¹³³.

Volta-se a destacar, portanto, que a descrição destas duas “personagens” do processo de evolução da norma internacional de controle do tabaco apenas coloca em perspectiva a atuação das demais centenas de milhares de indivíduos envolvidos no assunto, em escala local e global. Para justificar a escolha de Allyn Taylor e Ruth Roemer, cabe acrescentar que ambas mantêm laços profissionais com uma rede de especialistas de diversas áreas do conhecimento interessados no controle do tabaco – em outras palavras, ambas pertencem à comunidade epistêmica antitabagista, e por esta razão, sua capacidade em influenciar a política advém principalmente de sua especialidade técnica.

E, no entanto, além da especialidade técnica, os indivíduos podem atuar em uma causa utilizando outros recursos, como habilidades sociais e autoridade moral, por exemplo. Neste caso, isso é capaz de explicar porque o conceito de

¹³⁰ Ver TAYLOR, 1992.

¹³¹ ROEMER; TAYLOR & LARIVIERI, 2005, p. 937.

¹³² ROEMER & TAYLOR, 1996; TAYLOR, 1996.

¹³³ Ver EKANAYAKE & MUKHERJEE, 2009; MAMUDU, 2005.

empreendedores de normas, na temática do controle do tabaco, abrange a comunidade epistêmica antitabagista e os demais atores sociais engajados. Acima das diferenças, portanto, estes indivíduos têm em comum o engajamento na causa do controle do tabaco¹³⁴. Ainda assim, cabe salientar que a despeito da relevância de cada atuação individual, os empreendedores de normas dedicados dificilmente alcançam resultados expressivos atuando isoladamente.

Nessa direção, os atores sociais costumam atuar a partir de diferentes plataformas organizacionais: em alguns casos, elas são construídas com o propósito de promover uma determinada causa ou norma específica (é o caso de algumas organizações não governamentais, grupos de ativismo e redes transnacionais, por exemplo); em outros casos, as plataformas já foram criadas por outras circunstâncias, mas ainda assim elas assumem para si o papel de promoção de determinadas causas (é o caso de algumas organizações internacionais, associações profissionais e institutos de pesquisa, por exemplo).

Na causa do controle do tabaco, até os anos 1960 poucos grupos sociais se dedicaram à causa. Entretanto, deste período em diante, as atuações destes atores proliferaram, especialmente durante os anos de negociação da CQCT. De modo geral, o ativismo transnacional foi determinante para o alcance da temática do controle do tabaco ao público em escala global, e também para a tradução do conhecimento em leis, políticas e programas. Desde a década de 1960, portanto, passando pela negociação da CQCT até os dias de hoje, estes grupos atuam isoladamente e em parceria com outras organizações, também com apoio da OMS, difundindo informações e práticas¹³⁵.

Nesse sentido, no intuito de apresentar as entidades sociais transnacionais que mobilizam ações coletivas no campo do controle do tabaco, este trabalho repetiu a lógica anterior e optou por destacar apenas duas organizações não governamentais, buscando colocar em perspectiva a atuação destes atores como um todo. Assim sendo, foram selecionadas a Sociedade Americana de Câncer e a União Internacional contra o Câncer (UICC, em inglês), duas entidades envolvidas na organização das CMTS desde a sua primeira edição – no caso,

¹³⁴ Cabe enfatizar que embora a presente análise enquadre a comunidade epistêmica antitabagista como um ator distinto, seus membros não necessariamente estão confinados nesta categoria. Em outra perspectiva, os membros da comunidade epistêmica antitabagista também podem ser ativistas, trabalhando na tradução do conhecimento em ação.

¹³⁵ MAMUDU, 2005, p. 71-73.

enquanto a primeira tem condições financeiras para organizar e garantir o suporte para outros grupos ao redor do mundo, a segunda tem o alcance global necessário para organizar grupos afiliados.

Fundada em 1913, na cidade de Nova York, a Sociedade Americana de Câncer é uma organização não governamental do domínio da saúde pública, criada com o propósito de promover a pesquisa sobre o câncer. Neste caso, ao longo das últimas décadas a entidade também se comprometeu com o controle do tabaco – a principal evidência disso foi o patrocínio à pesquisa de Evarts Graham e Ernest Wynder (1947) que culminou no reconhecimento científico dos riscos do tabagismo. Desse modo, a importância da Sociedade Americana de Câncer, que possui mais de novecentos escritórios nos Estados Unidos, se estende internacionalmente, concentrando-se na construção de capacidades para o desenvolvimento de sociedades de pesquisa e combate ao câncer, e na colaboração com outras organizações interessadas¹³⁶.

Por seu turno, a União Internacional Contra o Câncer é a principal associação internacional não governamental voltada à coordenação global de iniciativas para o combate ao câncer. Fundada em 1933, na cidade de Genova, a UICC possui hoje mais de quatrocentas organizações membros, abrangendo cento e vinte países – desde associações voluntárias; centros de pesquisa e tratamento; autoridades de saúde pública; redes de apoio aos pacientes; grupos de ativismo; até ministérios da Saúde Pública¹³⁷. Desse modo, sempre com o apoio de seus especialistas, parceiros, e organizações locais afiliadas, ao longo de sua existência a UICC foi capaz de inúmeros avanços, tais como: fomentar o desenvolvimento de instituições para o câncer; estabelecer o compartilhamento e intercâmbio de conhecimento; promover a transferência de competências e tecnologias; garantir a educação de profissionais engajados com o controle do câncer. Como mencionado, desde a primeira edição da CMTS a UICC colabora na organização do evento; além disso, colabora com a OMS e outras organizações não governamentais na difusão das “melhores práticas” para o controle do tabaco.

Ainda, a UICC está por trás da criação, em 1996, da rede “*GLOBALink*”, uma comunidade da Internet que congrega informações e reúne os atores

¹³⁶ Informações disponíveis no site oficial da ACS: <<http://www.cancer.org/AboutUs/>>.

¹³⁷ Informações disponíveis no site oficial da UICC: <<http://www.uicc.org/aboutuicc>>.

engajados ou interessados no controle do tabaco. Neste aspecto, a rede global de mídia eletrônica (telecomunicações, máquinas de fax, e em especial a Internet) possui um papel crucial na estruturação das redes de ativismo globais. No campo do controle do tabaco, a proliferação de sites sobre o assunto e a intensificação do contato eletrônico durante as duas últimas décadas foram fundamentais para a elevação da quantidade de informações disponíveis instantaneamente. Como evidência da capacidade de mobilização de uma rede como a *GLOBALink*, por exemplo, verifica-se que a esmagadora maioria dos países que adotaram a CQCT estão de alguma forma participando ou sendo representados na mesma¹³⁸.

Sendo assim, o atual contexto político internacional tem como característica a facilidade na formação de alianças globais entre atores sociais transnacionais, como as redes de ativismo, por exemplo. Na temática em questão, cabe destacar a *Framework Convention Alliance* (FCA), rede criada em 1999, logo após a Organização Mundial da Saúde endossar o enfoque legal para o controle do tabaco e propor a negociação da CQCT¹³⁹. No caso, portanto, a rede foi criada justamente com o propósito de mobilizar a sociedade civil e influenciar o processo de negociação deste tratado. Atualmente, a *Framework Convention Alliance* é composta por mais de trezentos e cinquenta organizações (de mais de cem países), assumindo como tarefa principal a promoção e implementação de medidas para o controle do tabaco através da ratificação da CQCT.

De modo geral, as redes de ativismo transnacionais são integradas por atores que se conectam através de densos intercâmbios de informações e serviços, compartilhando valores semelhantes e um discurso comum. No caso, as redes de ativismo são compostas por uma miríade de indivíduos, organizações não governamentais, representantes de governos e organizações internacionais. Sua importância, portanto, reside na construção de relações entre atores distintos, multiplicando os canais de acesso às decisões internacionais. Sobre este aspecto, Keck & Sikkink¹⁴⁰ ainda acrescentam que:

O que há de novo nestas redes é a possibilidade dos atores internacionais não tradicionais mobilizarem a informação de maneira estratégica, tanto com o objetivo de criar novos assuntos e categorias, quanto o de persuadir, pressionar, e conquistar

¹³⁸ Cf. WIPFLI & HUANG, 2011.

¹³⁹ Cf. FARQUHARSON, 2003.

¹⁴⁰ KECK & SIKKINK, 1998, p. 2. Livre tradução da autora.

vantagem sobre organizações e governos mais poderosos. Os ativistas em redes tentam não apenas influenciar resultados políticos, mas também transformar os termos e a natureza do debate. Nem sempre eles são bem sucedidos em seus esforços, mas, cada vez mais eles são jogadores relevantes nos debates políticos.

Portanto, no caso do controle do tabaco, os atores sociais transnacionais conquistaram aliados tanto entre os governos quanto entre as Nações Unidas. Assim sendo, a CQCT apenas se tornou realidade após Gro Harlem Brundtland ter se tornado Diretora Geral da OMS, no ano de 1998, dando prioridade a temática de controle do tabaco no âmbito da Organização. Em apoio à Brundtland, os líderes do controle do tabaco dentro da OMS – especialmente Judith Mackay e Derek Yach – influenciaram a liderança da OMS na questão. Diante disso, no processo de criação da CQCT, tanto governantes quanto atores sociais trabalharam junto para que as negociações mantivessem um dinamismo, e para que os esforços globais para o controle do tabaco fossem acelerados.

3.2.3. A Organização Mundial da Saúde

Ao longo das últimas décadas, a agência especializada da ONU direcionada aos assuntos de saúde pública internacional, a OMS (1948), tem sido uma plataforma fundamental para a atuação da comunidade epistêmica antitabagista e dos ativistas do controle do. Nessa direção, a capacidade da Organização de prover e disseminar informações em escala global é parte integral do processo de difusão da norma internacional de controle do tabaco. No caso, é fato que uma importante fonte de influência das organizações internacionais reside na posse de informações específicas que podem incentivar a mudança nos padrões de comportamento dos Estados e atores não estatais. Desse modo, na posse destas informações, as organizações internacionais conferem legitimidade às normas ou práticas, ao mesmo tempo em que se legitimam.

Na temática do controle do tabaco, a atuação da Organização Mundial da Saúde ganhou ímpeto a partir da década de 1970, após esta reconhecer oficialmente os riscos do tabagismo à saúde, elaborando para tanto a resolução WHA23.32¹⁴¹. Nesta resolução, a OMS reconheceu os efeitos nocivos do tabagismo, assim como determinou a supressão do consumo do tabaco por seus

¹⁴¹ WHO, 1970. *WHA23.32 Health Consequences of Smoking*.

membros durante os encontros oficiais. Além disso, o documento defendeu o desestímulo ao hábito em todos os países, especialmente por meio da educação dos jovens, e também convocou a Organização Mundial para Agricultura e Alimentação (FAO, na sigla em inglês) para estudar alternativas de substituição da cultura do tabaco nos países produtores.

Então, da década de 1970 até a criação da CQCT, no ano de 2003, a OMS estabeleceu várias resoluções sobre tabagismo e controle do tabaco (ver quadro 3). No caso, dois pontos se destacam no conjunto destas resoluções: (1) a ênfase na necessidade de um esforço colaborativo entre OMS, Estados membros, outras agências da ONU e organizações não governamentais no que tange à formulação, implementação e evolução das políticas e programas de controle do tabaco; e (2) o incentivo constante para que os Estados-membros criem mecanismos efetivos de coordenação e supervisão de programas nacionais para o controle do tabaco¹⁴².

Com relação ao conteúdo mais específico de algumas destas resoluções, cabe apontar que, em 1986, através da resolução WHA39.14, a OMS mencionou pela primeira vez a necessidade de adotar um enfoque de saúde pública global para o enfrentamento da epidemia de tabagismo¹⁴³. No intuito de consolidar este enfoque global, no ano seguinte, em 1987, a OMS resolveu concretizar a iniciativa do “Dia Mundial sem Tabaco” – uma ideia lançada quatro anos antes, na ocasião da 5ª CMTS, em 1983. Como resultado, através da resolução WHA40.38, a OMS definiu que o dia 7 de abril de 1988 seria “um dia sem tabaco no mundo”¹⁴⁴. Finalmente, em 1989, através da resolução WHA42.19, a OMS resolveu que o “Dia Mundial sem Tabaco” passaria a ser celebrado anualmente, no dia 31 de maio – uma ocasião anual para a discussão dos aspectos globais da epidemia do tabagismo e, principalmente, para a coordenação e divulgação dos esforços globais para o controle do tabaco¹⁴⁵.

Após duas décadas de envolvimento com a temática do controle do tabaco, a OMS intensificou sua campanha de atuação a partir da década de 1990. Como visto anteriormente, a 9ª CMTS, realizada em 1994, além de adotar a “Estratégia Internacional para o Controle do Tabaco”, lançou a ideia de um tratado internacional específico sobre o assunto. Desse modo, seguindo o padrão de

¹⁴² MAMUDU, 2005; 2007.

¹⁴³ WHO, 1986. *WHA39.14 Tobacco or Health*.

¹⁴⁴ WHO, 1987. *WHA40.38 7 April 1988: a world no-smoking day*.

¹⁴⁵ WHO, 1989. *WHA42.19 Tobacco or Health*.

recomendações avançadas pelas CMTS, em 1995, através da resolução WHA48.11, a OMS pediu para que seu Diretor-Geral se reportasse à 49ª Assembleia Mundial de Saúde, estabelecendo a discussão sobre o desenvolvimento de uma convenção internacional para o controle do tabaco¹⁴⁶. Neste caso, através da resolução WHA49.17, de 1996, a OMS autorizou o início do desenvolvimento de uma Convenção-Quadro para o controle do tabaco¹⁴⁷.

Quadro 3. Resoluções das Assembleias Mundiais da Saúde

Medidas para reduzir a demanda por tabaco	Resoluções das Assembleias Mundiais da Saúde
Aumentar os impostos incidentes sobre os cigarros	WHA31.56, WHA43.16
Publicação dos resultados de pesquisas sobre os efeitos do fumo sobre a saúde	WHA29.55, WHA31.56, WHA39.14
Informações aos consumidores através de rótulos de advertência	WHA39.14, WHA48.11
Informações aos consumidores baseados em contrapropaganda de massa	WHA24.48, WHA29.55, WHA31.56, WHA40.38, WHA42.19
Proibições em propaganda e promoção	WHA31.56, WHA33.55, WHA42.19, WHA43.16
Programas de educação de controle do tabagismo nas escolas	WHA23.32, WHA24.28, WHA29.55, WHA31.56, WHA33.35, WHA39.14
Restrições ao fumo em locais públicos e ambientes de trabalho	WHA29.55, WHA31.56, WHA39.14, WHA43.16, WHA44.26, WHA46.8
Terapias de reposição de nicotina e outras intervenções de cessação	WHA29.55, WHA39.14
Medidas para reduzir a oferta por tabaco	Resoluções das Assembleias Mundiais de Saúde
Restrições ao acesso dos jovens ao tabaco	WHA39.14
Substituição e diversificação da fumicultura	WHA23.32, WHA24.28, WHA29.55, WHA31.56, WHA33.35, WHA42.19
Restrição ao apoio e aos subsídios relativos ao preço do tabaco	WHA42.19, WHA45.20
Eliminação do contrabando	WHA49.17

Fonte: OMS, 2001: 43.

¹⁴⁶ WHO, 1995. *WHA48.11 An international strategy for tobacco control.*

¹⁴⁷ WHO, 1996. *WHA49.17 International framework convention for tobacco control.*

Com o propósito de mobilizar suporte para a criação da CQCT, em 1998, a OMS lançou o programa Iniciativa Livre do Tabaco (TFI, na sigla em inglês). Como o próprio nome já diz, trata-se de uma iniciativa ou programa de combate ao tabagismo que dirige atenção e recursos para a epidemia global do tabaco. Organizado sob os auspícios da OMS e de organizações não governamentais internacionais (como a UICC, por exemplo), desde seu início o programa tem como objetivo “reduzir o fardo global das doenças e mortes causadas pelo tabaco, protegendo, assim, gerações presentes e futuras das consequências econômicas, sociais, ambientais e à saúde do consumo e exposição à fumaça do tabaco¹⁴⁸”.

Assim, junto à OMS, a comunidade epistêmica antitabagista influenciou políticas para o controle do tabaco, especialmente nos casos em que seus membros são também delegados de agências do sistema da ONU; ou então participantes dos comitês de especialistas e consultores da OMS em questões relacionadas ao controle do tabaco. Desse modo, como organização intergovernamental, a OMS usufrui de autonomia e autoridade, possuindo a capacidade de criar regras. Através destas regras, a OMS é capaz não apenas de regular, mas também de constituir e construir o mundo social, criando e reformulando categorias de atores; definindo novas tarefas a serem compartilhadas internacionalmente; e disseminando novos modelos de organização social ao redor do globo¹⁴⁹.

Diante do exposto acima, portanto, cabe ressaltar que foram necessárias pelo menos três décadas para que a questão do tabaco deixasse a esfera doméstica para alcançar a esfera global. Neste caso, foi central o envolvimento da OMS: começando pelo reconhecimento do tabaco como um problema de saúde pública, em 1970, a OMS contribuiu para a difusão do controle do tabaco ao redor do mundo, que culminou na adoção da CQCT. Ambas as atividades das CMTS e as iniciativas da OMS atuaram interligadamente em questões relacionadas ao controle do tabaco, de modo que as Conferências tanto ajudaram a OMS a definir sua agenda, quando tiveram suas discussões e deliberações influenciadas pela mesma. Como resultado, a OMS constituiu a “avenida legítima” através da qual os esforços globais de controle do tabaco passaram a ser coordenados¹⁵⁰.

¹⁴⁸ TFI, WHO. Disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/about/en/index.html>>.

¹⁴⁹ BARNETT & FINNEMORE, 2004, p. 3.

¹⁵⁰ MAMUDU, 2005, p. 160.

3.3.

A criação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)

O ponto de partida definitivo para a negociação e assinatura do primeiro tratado em saúde pública internacional ocorreu durante a 52ª Assembleia da OMS, em 1999, ocasião na qual os Estados-membros adotaram de maneira unânime a resolução WHA52.18.¹⁵¹ Em linhas gerais, esta resolução especificou os procedimentos a serem adotados durante o processo de negociação multilateral da CQCT, bem como dos possíveis protocolos adicionais, dividindo-o em duas fases: uma primeira fase de proposição de elementos (ou rascunho do texto), a cargo do Grupo de Trabalho Intergovernamental (GTI); e uma segunda fase de negociação do texto e dos possíveis protocolos adicionais, sob a responsabilidade do Órgão de Negociação Intergovernamental (ONI).

Antes de prosseguir no detalhamento de ambas as fases do processo de elaboração da CQCT, cabe destacar algumas características de um acordo internacional nestes moldes. No caso, uma convenção-quadro corresponde a um modelo de acordo multilateral que contém apenas obrigações e compromissos gerais, mas que, todavia, estabelece o mecanismo diplomático através do qual seu conteúdo atingirá maior especificidade e eficácia. Em outras palavras, as convenções-quadro inicialmente estabelecem parâmetros gerais para o tratamento de determinadas questões, sendo posteriormente complementadas por protocolos adicionais que definem obrigações mais específicas. Como resultado, nesta abordagem o regime internacional evolui gradualmente, ao invés de ser criado por apenas um documento e após uma única rodada de negociações.

Assim, a primeira fase do processo de criação da CQCT engloba as duas reuniões do Grupo de Trabalho Intergovernamental, ocorridas entre outubro de 1999 e março de 2000. Como mencionado, ao GTI coube desenvolver os elementos substantivos e procedimentais da Convenção, elaborando um rascunho do texto da Convenção. No que tange aos elementos substantivos, estes incluem a declaração de motivos para o tratado; a listagem de objetivos; e a indicação das obrigações que os Estados deveriam assumir. Já com relação aos elementos procedimentais, estes incluem os procedimentos para o desenvolvimento de

¹⁵¹ WHO, 1999. *WHA52.18 Towards a WHO framework convention on tobacco control*.

protocolos adicionais e emendas à Convenção; do conteúdo das cláusulas formais; dos mecanismos de solução de controvérsias; dentre outros¹⁵².

Ao Grupo de Trabalho também coube a responsabilidade de realizar uma audiência pública sobre a questão, ocorrida nos dias 12 e 13 de outubro de 2000. No caso, a audiência pública viabilizou a participação de grupos de ativismo, companhias do tabaco e oficiais de saúde pública no processo de elaboração do texto da Convenção, de modo que estes atores puderam expor sua “voz” sobre o assunto antes que a primeira reunião do GNI fosse realizada. De acordo com a OMS, esta corresponde à primeira vez em que uma agência da ONU publicamente solicitou e garantiu a exposição das visões de diferentes partes interessadas em uma proposta de tratado¹⁵³.

Para a realização das audiências, centenas de submissões preencheram os requisitos estabelecidos, disponibilizadas no site da OMS para apreciação pública. Ao longo dos dois dias de audiências, cento e quarenta e quatro expositores se manifestaram, representando organizações de todas as regiões do mundo – ao todo, foram vinte e nove organizações antitabagistas; vinte e quatro representantes da indústria do tabaco, incluindo fabricantes de cigarros e produtores de fumo; vinte grupos de representação médica; dezessete organizações não governamentais para a saúde e desenvolvimento; quinze organizações relacionadas ao câncer, saúde e doenças do coração e pulmões; nove grupos acadêmicos ou de pesquisa; oito grupos ligados às questões de gênero; sete grupos de pesquisa e educação; cinco associações de consumidores; quatro representantes da indústria farmacêutica; três grupos de mídia, comunicação e publicidade; duas associações de venda do tabaco; e uma organização religiosa.

A segunda fase de elaboração da CQCT, por seu turno, corresponde ao processo de negociação com representantes governamentais, englobando as seis sessões do Grupo de Negociação Intergovernamental, ocorridas entre outubro de 2000 e fevereiro de 2003. Normalmente, o processo de negociação formal dos termos de um tratado internacional constitui seu estágio mais complexo, visto ser o momento de mediação entre vários interesses, como aqueles favoráveis à adoção de um instrumento ostensivo, e aqueles favoráveis a um instrumento moderado.

¹⁵² WHO, 1999. *The treaty-making process. A/FCTC/WG1/5*.

¹⁵³ WHO, 2000. *Secretariat update: public hearings on the framework convention on tobacco control. A/FCTC/INB1/INF.DOC./1*.

No caso da CQCT, o processo de negociação de fato teve viradas complexas. Dentre as questões mais controversas, destaca-se a discussão sobre as restrições à propaganda e promoção dos produtos derivados do tabaco. Além disso, outra grande preocupação era a possibilidade do tratado conflitar com acordos de comércio existentes, aspecto que suscitou inúmeros debates sobre a legitimidade das restrições então sugeridas.

Destarte, dentre os países que defenderam um “tratado forte”, destacam-se Austrália, Brasil, Canadá, Índia, Nova Zelândia, Irlanda, África do Sul e Tailândia. Na direção oposta, Alemanha, China, Japão e Estados Unidos defenderam um instrumento moderado¹⁵⁴. Findado o processo de negociação, a CQCT foi adotada em 21 de maio de 2003, inaugurando assim a fase de assinaturas, com previsão de um ano (até junho de 2004). Na sequência, a CQCT entrou em vigor no dia 27 de fevereiro de 2005, exatamente noventa dias após a quadragésima ratificação (requisito contido no documento). Com a entrada em vigor do tratado, teve início a contagem do tempo para a realização da Primeira Conferência das Partes (COP), a ser realizada após o prazo de um ano¹⁵⁵. E nos dias de hoje, a CQCT conta com 168 países signatários e 174 Estados Partes.

Quadro 4. Países que não fazem parte da CQCT (porém são signatários*)

Andorra	Argentina*	Cuba*
El Salvador*	Eritreia	Estados Unidos*
Etiópia*	Haiti*	Indonésia
Liechtenstein	Malauí	Mônaco
Marrocos*	Moçambique*	São Cristovão e Nevis
São Vicente e Granadinas	Somália	Suíça*
República Tcheca*	República Dominicana	Tajiquistão
Uzbequistão	Zimbábue	

¹⁵⁴ MAMUDU, 2005, p. 242.

¹⁵⁵ A Conferência das Partes (COP) é o órgão que governa a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). Ele é responsável por examinar regularmente seu processo de implementação, e tomar as decisões necessárias para promovê-la – podendo, para tanto, adotar protocolos, anexos e emendas ao texto. A COP é formada pelos países que ratificaram o tratado (Estados Partes), de forma que as organizações não governamentais e os países que apenas assinaram o tratado (sem ratificá-lo) têm sua participação restringida à condição de observadores. A Primeira Conferência das Partes da CQCT foi realizada em fevereiro de 2006.

Quanto ao conteúdo da CQCT, cabe salientar que seu texto está dividido em onze partes; em conjunto, definem obrigações de natureza internacional baseadas em um regime multilateral de cooperação. O capítulo I corresponde à introdução; o capítulo II é dedicado aos objetivos, princípios básicos e obrigações gerais (art. 5). Do capítulo III ao VII, o texto abrange uma variedade de temas intersetoriais, que englobam medidas de redução da demanda e oferta do tabaco, tais como: propaganda e patrocínio; impostos e preços; educação e conscientização da população; mensagens de advertências sanitárias nas embalagens dos produtos; proibição de fumar em ambientes fechados; controle do mercado ilegal de cigarros; tratamento da dependência da nicotina; regulação dos produtos de tabaco quanto aos seus conteúdos, emissões e atividades de promoção; de cooperação nas áreas científica, educacional e sanitária; dentre outros. Por fim, os capítulos de IX a XI versam sobre os arranjos institucionais, recursos financeiros, solução de controvérsias, desenvolvimento da convenção, e também sobre disposições finais.

Diante disso, a CQCT adquire relevância ao dirigir atenção para os impactos sociais da globalização, especialmente no que tange aos vínculos perniciosos entre comércio e saúde. O prefácio da Convenção¹⁵⁶, por exemplo, explicita esta preocupação ao afirmar que:

A CQCT foi elaborada em resposta à globalização da epidemia de tabagismo. A propagação dessa epidemia foi favorecida por diversos fatores complexos com efeitos transfronteiriços, entre eles a liberalização do comércio e os investimentos estrangeiros diretos. Outros fatores tais como a comercialização a nível mundial, a propaganda transnacional do tabaco, a promoção e o patrocínio, assim como o tráfico internacional de cigarros de contrabando e falsificação também contribuíram para o espetacular aumento do tabagismo.

Durante o processo de criação e negociação da CQCT, especialistas em saúde pública e a própria OMS afirmavam que o “poder” da Convenção não estaria em seu texto em si, mas sim no próprio processo de sua elaboração, visto que o compartilhamento de informações através das sessões de negociação e dos encontros preparatórios foi responsável pela considerável intensificação da adoção de políticas para o controle do tabaco ao redor do mundo¹⁵⁷. Com efeito, a CQCT se encaixa ao argumento de Finnemore e Sikkink, de que na maioria dos casos, a norma se institucionaliza através de organizações e regras específicas antes que

¹⁵⁶ WHO, 2003, p. 5.

¹⁵⁷ WIPFLI & HUANG, 2011, p. 3.

esta possa atingir um “ponto de ruptura”, quando tem início um “efeito cascata”, em que mais países passam a adotar a norma, e de maneira mais rápida¹⁵⁸.

Até que este ponto de ruptura seja atingido, é normal que a mudança normativa dependa fortemente do apoio de atores e movimentos domésticos. Mas, uma vez atingido este limiar, um efeito internacional ou regional de “contágio” faz com que a norma transnacional e internacional exerça influência sobre a política doméstica em direção a mudanças normativas. Sobre este aspecto, cabe alertar que embora a metáfora do contágio seja elucidativa, ela pode causar a impressão de passividade, quando na realidade, o mecanismo que leva à cascata da norma é um processo (ativo) de socialização internacional. No caso, tal processo de socialização não é levado a cabo apenas por agentes estatais, mas também por distintas redes de empreendedores de normas, que atuam a partir e através de diferentes plataformas organizacionais.

Nessa direção, é possível argumentar que processo de negociação da CQCT constituiu uma plataforma de diálogo, cujo auxílio na difusão de entendimentos sobre o controle do tabaco culminou na aceleração da adoção de políticas promovidas internacionalmente. No intuito de testar esta possibilidade, o presente trabalho optou por selecionar três políticas específicas: a proibição da propaganda de produtos derivados do tabaco; os avisos de advertência nas embalagens de cigarros; e a restrição do fumo em lugares de uso coletivo¹⁵⁹. Antes de prosseguir, destaca-se que a seleção destas políticas não implica dizer que outras medidas para o controle do tabaco não são importantes, ou que não ilustram este processo de difusão internacional.

Neste caso, portanto, a seleção supracitada pode ser justificada pelo forte apelo que tais medidas possuem na conscientização e aproximação do público com relação às iniciativas de controle do tabaco. Além disso, verifica-se que as principais obrigações contidas na CQCT se referem à implementação destas três medidas. Ao longo da década de 1990, todas as três medidas foram adotadas por governos ao redor do mundo; todavia, a frequência da adoção cresceu significativamente a partir de 1998, quando as negociações da CQCT passaram a ser previstas, e intensificou-se entre os anos de 2001 e 2003, momento mais importante de negociação do texto do tratado.

¹⁵⁸ FINNEMORE & SIKKINK, 1998, p. 900.

¹⁵⁹ Ver WIPFLI & HUANG, 2011.

3.3.1.

Difusão e implementação de medidas para controle do tabaco

O controle do tabaco é um campo vasto, no qual as mudanças ocorrem rapidamente. Como resultado, as informações sobre políticas e programas de controle do tabaco a nível nacional não são facilmente encontradas¹⁶⁰. No caso, a reunião de informação coerente e abrangente sobre as políticas de controle do tabaco exigem bastante perícia, havendo necessidade de atualização constante dos dados recebidos. Dentre as poucas referências que divulgam dados compilados, destacam-se os relatórios anuais da OMS sobre a epidemia do tabagismo e a implementação das medidas que compõem a CQCT, e a série intitulada “*Tobacco Atlas*”, que, todavia, não contém maiores detalhes sobre a questão. Destarte, ambas as fontes mencionadas não contêm informações sobre as tendências na implementação de medidas pelos países, por exemplo. Nesse sentido, ainda é difícil traçar *quando* e *como* as políticas de controle do tabaco vêm se alterando ao longo do tempo. Diante disso, qualquer análise sobre a difusão de medidas para o controle do tabaco, neste momento, seria limitada – como é o caso deste trabalho.

Portanto, a primeira medida selecionada para análise se refere aos avisos de advertência nas embalagens de produtos derivados do tabaco. Seja com o uso de imagens impactantes ou simples frases de advertência, em diferentes posições ou tamanhos, o principal objetivo dos avisos em embalagens de cigarros é desviar o foco do *marketing* do produto para questões de saúde pública. No caso, o artigo 11 da CQCT exige que os avisos de advertência sejam adequados a características específicas, como por exemplo: a) aprovação pela autoridade nacional competente; b) cobertura de pelo menos 30% a 50% das principais áreas das embalagens; c) avisos largos, claros, visíveis e legíveis, sem utilizar termos que induzam ao erro (como “*light*”, por exemplo); d) rotatividade, com utilização de imagens diferentes ou introdução de novas imagens ao longo de determinados períodos; e) divulgação de informações sobre a constituição e emissão dos produtos do tabaco; f) escolha pela língua oficial do país (ou oficiais)¹⁶¹.

¹⁶⁰ Cf. WIPFLI & HUANG, 2011.

¹⁶¹ Os três países que atualmente exigem as maiores imagens de advertência sanitária nas embalagens de cigarros são (média da frente e verso do pacote): Uruguai (80%), Maurícia (65%) e México (65%). Recentemente, em novembro de 2011, a Austrália aprovou uma lei que elimina a última forma de publicidade ao tabaco (qual seja, aquela contida nas embalagens de produtos derivados do tabaco), determinando que os cigarros sejam vendidos em maços homogêneos de cor verde e com logótipos uniformes. Ainda de acordo com esta lei, prevista para entrar em vigor em

Como visto, os avisos de advertências nas embalagens de produtos do tabaco pretendem modificar os significados associados ao tabagismo, com ênfase contínua para seus malefícios, contribuindo, desse modo, para a substituição da norma de aceitação pela de regulamentação do tabaco. No caso, esta corresponde a uma das primeiras medidas para o controle do tabaco a serem mundialmente adotadas. Por exemplo, em 1965 o Congresso dos Estados Unidos aprovou uma legislação exigindo a colocação de um aviso de advertência em todas as embalagens de cigarros vendidas no país. Quase três décadas depois, setenta e sete países possuíam algum tipo de política relacionada a avisos de advertência nas embalagens¹⁶². E, a partir de 1998, foi verificado um aumento significativo em sua adoção, especialmente no ano de 2003.

A segunda medida analisada, por seu turno, refere-se à propaganda de produtos derivados do tabaco. Mais especificamente, a medida em questão estabelece a proibição (ou restrição) da propaganda do tabaco em determinados locais e veículos de comunicação. Seu principal objetivo, portanto, é reduzir o impacto do *marketing* dos cigarros em populações vulneráveis – como crianças e jovens, por exemplo. A partir da década de 1970, os países de alta renda foram os primeiros a restringir a propaganda de produtos derivados do tabaco através de diferentes mídias. Mas, em 2005, a maioria dos países que adotaram esta medida (mais de cem) pertencia então a países de média e baixa renda. Nesse sentido, como no caso dos avisos nas embalagens de cigarros, a adoção de medidas de proibição e restrição à propaganda do tabaco pelos países cresceu de maneira significativa a partir de 1998, especialmente entre os anos de 2001 e 2003.

A terceira e última medida analisada, portanto, corresponde à restrição do consumo de tabaco em ambientes de uso coletivo. Com base na constatação científica de que mesmo as pessoas que não fumam correm riscos ao inalarem a fumaça do tabaco, a política de controle do tabaco em ambientes de uso coletivo é interpretada como uma questão de segurança do trabalho. No caso, portanto em alguns países proíbe-se o consumo de tabaco em todos os ambientes de uso coletivo, inclusive bares e restaurantes; em outros, proíbe-se o consumo em ambientes de trabalho e transportes públicos, mas não em locais de lazer. Além

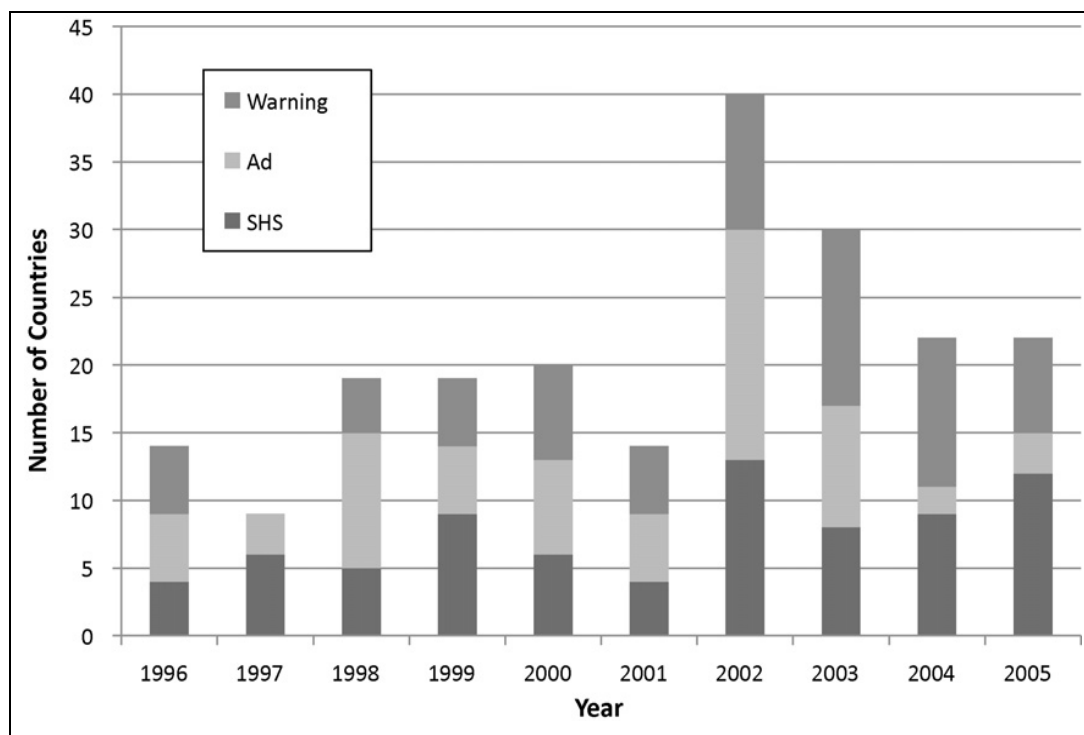
dezembro de 2012, os avisos sobre os riscos do tabagismo para a saúde deverão ocupar 75% da parte frontal e 90% da parte posterior dos maços.

¹⁶² WORLD BANK, 1999 *apud* WIPFLI & HUANG, 2011.

disso, em alguns países se proíbe o consumo de tabaco em locais de lazer, exceto em áreas restritas, conhecidas como fumódromos.

Da mesma maneira como ocorre com outras medidas de controle do tabaco, a aplicação de restrições ao fumo em ambientes de uso coletivo é feita a partir de diferentes enfoques. Ainda, também igual às duas medidas selecionadas, sua adoção cresceu significativamente a partir de 1998. Com base nisso, portanto, avançou-se a hipótese de que o próprio processo de negociação da CQCT foi uma plataforma importante para a difusão da norma internacional de controle do tabaco, visto que informações foram compartilhadas simultaneamente por diversos países, acelerando a socialização de entendimentos e práticas sobre a regulamentação do consumo de tabaco. Na figura abaixo, verifica-se o número de países que adotaram as medidas de avisos de advertência nas embalagens de produtos derivados do tabaco (*warning*, na legenda em inglês); de restrição à propaganda de produtos derivados do tabaco (*advertisement*, ou simplesmente “Ad”); e de restrição ao consumo de tabaco em ambientes de uso coletivo (SHS), entre os anos de 1996 e 2005.

Figura 1: Número de países que adotaram medidas específicas para o controle do tabaco entre 1996 e 2005



Fonte: WIPFLI & HUANG, 2011: 110.

No caso específico da restrição do consumo de tabaco em ambientes de uso coletivo, cabe destacar que, talvez, o principal precursor destas iniciativas (em escala global) tenha sido a proibição do consumo de tabaco pelas companhias aéreas internacionais, inaugurando uma importante avenida para a socialização da norma de controle do tabaco e para a difusão de novas práticas. Assim, as primeiras restrições começaram a ser aplicadas em voos dos Estados Unidos e Canadá, ao final da década de 1980. Na década seguinte, uma resolução da Organização Internacional de Aviação Civil – uma agência da ONU composta por mais de cento e oitenta Estados-membros – promoveu o banimento global do consumo de tabaco em viagens aéreas. Como resultado, em meados desta mesma década, quase todos os voos mundiais estavam livres da fumaça do tabaco.

Nesse sentido, a despeito das reclamações e manifestações da indústria do tabaco e de setores de hospitalidade; e apesar das convicções pessoais sobre restrição da liberdade em exercer o hábito/vício, os resultados evidenciam que, em todos os países onde foram adotadas restrições ao consumo de tabaco em ambientes de uso coletivo, não houve perda de popularidade para estes locais. Além disso, ficou evidenciado que não foi difícil ou impossível implementar tais medidas; e que elas impactaram de maneira neutra ou positiva nos negócios¹⁶³. Assim sendo, após quase uma década da institucionalização da norma internacional de controle do tabaco na forma de um tratado específico sobre o assunto, uma análise sobre o processo de internalização pelos países completa a reflexão sobre como as normas evoluem, e como as particularidades domésticas ditam o passo desta evolução, bem como influenciam seu futuro.

¹⁶³ WHO, 2011, p. 42.