



TRAVANDO A BATALHA FINAL:

A OMS E O CONTROLE
INTERNACIONAL DO TABACO

GLOBAL STATE OF TOBACCO
HARM REDUCTION

TRAVANDO A BATALHA FINAL:

**A OMS E O CONTROLE
INTERNACIONAL DO TABACO**



**GLOBAL STATE OF TOBACCO
HARM REDUCTION**

Travando a Batalha Final: A OMS e o Controle Internacional do Tabaco

©Knowledge•Action•Change 2021

Autor: Harry Shapiro

Edição: Ruth Goldsmith

Compilação de dados: Tomasz Jerzyński

Coordenação de produção: Grzegorz Król

Layout e diagramação do relatório: WEDA sc: Urszula Biskupska

Gerência de projeto: Professor Gerry Stimson, David MacKintosh e Paddy Costall

Imagem da capa: 'Platinum' em vectorhq.com

Este relatório está disponível em: <https://gsth.org>

Knowledge•Action•Change, 8 Northumberland Avenue, London WC2 5BY ©

Knowledge•Action•Change 2021

ISBN: 978-1-7398231-0-8

Citação: *Travando a Batalha Final: A OMS e o Controle Internacional do Tabaco*.
London: Knowledge•Action•Change, 2021.

O copyright do material original pertence à K•A•C, exceto quando indicado o contrário. Este material pode ser reproduzido sob circunstâncias de uso razoável sem necessidade de permissão da K•A•C, devendo ser citado conforme a referência acima.

A concepção, desenho, análise e redação deste relatório foram realizadas de forma independente e exclusiva pela Knowledge•Action•Change. Este trabalho foi financiado por uma bolsa da Foundation for a Smoke-Free World, Inc. (FSFW), uma fundação privada sem fins lucrativos [501(c)(3)] com sede nos Estados Unidos. A FSFW não participou de nenhuma instância do planejamento, execução ou publicação deste relatório.

Sobre o Projeto O Estado Global da Redução de Danos do Tabaco (GSTHR)

A redução de danos é um conjunto de políticas, normas e ações pragmáticas que incentivam comportamentos de menor risco ou reduzem os riscos à saúde através da oferta de formas mais seguras de produtos ou substâncias. A redução de danos do tabaco (RDT) por meio de produtos de nicotina mais seguros (PNMS) oferece novas opções a milhões de pessoas do mundo todo que desejam abandonar o cigarro ou outras formas perigosas de uso do tabaco, mas não tiveram sucesso com outras opções disponíveis.

Desde 2018, a agência de saúde pública com sede no Reino Unido Knowledge•Action•Change (K•A•C) tem produzido dois relatórios bianuais sobre o progresso e as barreiras à redução de danos do tabaco no mundo todo:

No Fire, No Smoke: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2018, e *Burning Issues: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2020*. Sumários executivos de ambos os relatórios estão disponíveis em vários idiomas, bem como traduções completas dos dois documentos para o chinês.

Além disso, a K•A•C publica relatórios mais breves como este, guiados pelos princípios do projeto GSTHR. O primeiro deles, *Redução dos Efeitos Nocivos do Tabaco e o Direito à Saúde*, foi publicado em 2020 e está disponível em 13 idiomas. O segundo, *Tobacco Harm Reduction: a Burning Issue for Asia*, foi publicado em abril de 2021. Todas as publicações e traduções do GSTHR podem ser baixadas no site do projeto: <https://gsth.org>

O site do GSTHR representa um recurso importante para os pesquisadores do tabagismo e da redução de danos do tabaco. Os usuários podem pesquisar, comparar e elaborar visualizações de dados utilizando estatísticas sobre o tabagismo e a redução de danos do tabaco atualizadas periodicamente para mais de 200 países e territórios. Também é possível baixar uma grande quantidade de tabelas e infográficos gratuitos para uso em apresentações.

Para saber mais, acesse <https://gsth.org>.

Terminologia

Uma série de termos são usados para os produtos de RDT, incluindo “produtos de risco reduzido”, “sistemas eletrônicos de entrega de nicotina” e “sistemas eletrônicos de entrega sem nicotina” (ENDS e ENNDS [nas siglas em inglês], os termos preferidos pela OMS). Este relatório utiliza o termo produtos de nicotina mais seguros (PNMS) para o conjunto dos dispositivos para vapear com nicotina, produtos de tabaco aquecido (PTA) e produtos de nicotina oral mais seguros, como snus pasteurizado ao estilo sueco e sachês de nicotina sem tabaco.

Exceto em citações de outros documentos, não utilizamos o termo “cigarros eletrônicos” para descrever os dispositivos para vapear com nicotina, pois se trata de um termo enganoso para profissionais de saúde, políticos e o público em geral, devido à associação desses novos produtos com os cigarros. Os dispositivos para vapear não queimam tabaco nem emitem fumaça tóxica nociva para terceiros. Muitos dispositivos para vapear modernos não guardam nenhuma semelhança com os cigarros tradicionais.

Índice

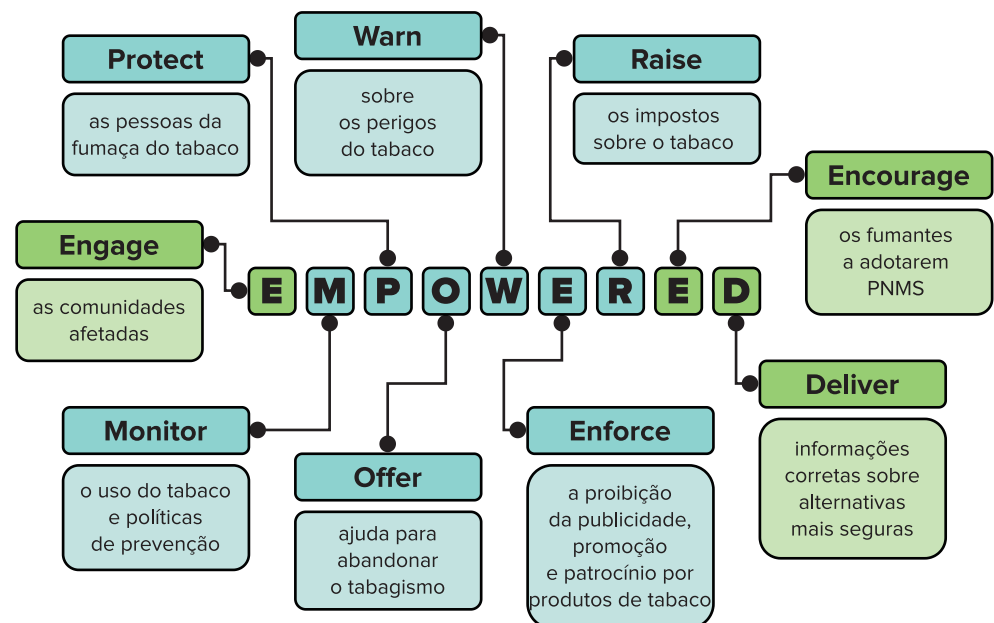
Mensagens principais	5
1: Muitos ainda deixados para trás: o contexto do relatório	7
A ambição	7
A realidade	8
O fracasso da ambição	10
Travando a batalha final?	12
2: Contra-ataque à indústria: a origem da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco	13
A verdade se revela	13
Ação internacional contra uma indústria transnacional	14
A saúde pública acima dos interesses econômicos	15
3: O controle internacional do tabaco: estrutura e funções	17
A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco	18
A Conferência das Partes	19
Estrutura das reuniões	20
Um mundo de pré-reuniões	20
O processo de tomada de decisões	21
A rede de suporte da COP	21
O papel dos observadores não governamentais na COP	22
Um sopro de ar fresco?	23
4: Redução de danos do tabaco	25
Muito além de “parar ou morrer”	25
O que é redução de danos?	25
Redução de danos do tabaco: da concepção à realidade	26
A redução de danos do tabaco funciona	28
5: Guerra de trincheiras: os aliados e financiadores da OMS	30
Um novo front se abre	30
O secretariado da CQCT: o controle do tabaco fora de controle	31
A COP e a história dos PNMS	32
Produtos de nicotina mais seguros na COP 9	33
Diretrizes	34
Artigo 5.3 – Repercussões das diretrizes	35
A Iniciativa Livre do Tabaco da OMS	36
Organizações não governamentais	37
Bloomberg Philanthropies	40
6: O que pode ser feito? Novas ideias para o século XXI	43
Um imperativo moral à ação	43
Passos em direção à redução de danos do tabaco	43
Em vez de MPOWER, empoderamento	45
7: Considerações finais	46

Mensagens principais

1. Apesar de todos os esforços para o controle do tabaco, ainda existe 1,1 bilhão de fumantes no mundo todo e centenas de milhares de usuários de outros produtos de tabaco de alto risco. O tabagismo causa oito milhões de mortes por ano, com uma estimativa de um bilhão de mortes até 2021. Oitenta por cento dos fumantes vivem em países de renda média e baixa (PRMB), que arcam com o maior peso das mortes e doenças.
2. A OMS afirma que sua estratégia MPOWER de monitoramento e avaliação do controle do tabaco “cobre” ou “protege” 5,3 bilhões de pessoas da morte e das doenças causadas pelo tabagismo. Na realidade, os processos burocráticos e políticos para a aprovação de leis de controle do tabaco não são capazes de proteger ninguém se não houver recursos financeiros para implementar a legislação, um problema que afeta especialmente os PRMB, onde os recursos são limitados.
3. No mundo todo, existem evidências independentes expressivas de que os produtos de nicotina mais seguros (PNMS) são significativamente mais seguros do que todas as formas de tabaco combustível e muitos tipos de produtos de tabaco oral.
4. Muitos fumantes conseguem parar de fumar com o uso de terapias de substituição da nicotina ou outras formas de suporte. A mudança para produtos de nicotina mais seguros oferece benefícios expressivos em termos de saúde pública para fumantes adultos que não querem deixar de consumir nicotina, suas famílias e terceiros, com baixo custo para os governos.
5. Apesar do desenvolvimento de novas tecnologias, a OMS e suas ONG aliadas ainda travam uma batalha histórica contra a indústria do tabaco. As evidências demonstram que esses produtos são significativamente menos perigosos do que o tabaco combustível e podem ter um papel importante na redução de danos.
6. Para a OMS e suas ONG aliadas, o objetivo do controle do tabaco se deslocou da proteção contra o tabaco e o tabagismo para a proteção contra a nicotina em si. Enquanto as evidências e inovações tecnológicas relacionadas à nicotina não combustível evoluíram, as políticas de controle do tabaco pararam no tempo.
7. O desincentivo à adoção dos PNMS por fumantes adultos e a implementação de normas excessivamente restritivas, que impedem o acesso a esses produtos, não beneficiam a saúde pública. A indústria tradicional do tabaco é a única vencedora, uma vez que a erradicação dos cigarros combustíveis continuará sendo protelada.
8. A expansão gradual dos objetivos do controle internacional do tabaco, da proteção contra a fumaça do cigarro para uma guerra contra a nicotina em todas as suas formas, é especialmente grave. A campanha global contra os PNMS é subsidiada por organizações filantrópicas ocidentais com seus próprios interesses neocolonialistas. Os PRMB, cuja população sofre os danos mais significativos causados pelo tabagismo, são os grandes perdedores.
9. O Secretariado da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) e as ONG credenciadas pela OMS exercem uma influência indevida e nociva nas deliberações antes e durante as reuniões da Conferência das Partes (COP) da CQCT sobre políticas internacionais em relação à nicotina e ao tabaco, bem como na interpretação e implementação das decisões tomadas durante essas reuniões após a COP.
10. É inaceitável que a COP, como encontro internacional de representantes governamentais subsidiado pelos impostos dos cidadãos, seja conduzida sob um sigilo comparável ao do Conselho de Segurança da ONU.
11. As diretrizes do artigo 5.3 da CQCT são interpretadas de forma excessivamente ampla. O artigo em si estipula que os governos devem ser honestos e transparentes em suas relações com a indústria do tabaco, e as diretrizes detalham essa determinação. A intenção da CQCT nunca foi vetar inteiramente o diálogo entre a saúde pública e a indústria, muito menos justificar os ataques

e os esforços cada vez mais frequentes para silenciar os defensores da redução de danos do tabaco.

12. A recusa da OMS e de outros órgãos a apoiar os PNMS, a despeito das expressivas evidências internacionais do seu papel na cessação do tabagismo, indica descaso com os fumantes adultos atuais. Seus esforços se concentram exclusivamente no campo politicamente aceitável da prevenção entre jovens.
13. O controle internacional do tabaco deve deslocar seu foco para a busca de resultados tangíveis, que reduzam as mortes e doenças causadas pelo tabagismo entre fumantes adultos. Uma reforma radical da CQCT é improvável, e tampouco é necessária. Ajustes e mudanças na implementação da Convenção no nível nacional podem ter resultados significativos.
14. São as partes, e não o Secretariado, quem deve controlar e liderar a CQCT e considerar todas as formas de ampliar o leque de opções para o abandono do tabagismo. Deve ser criado um grupo de trabalho sobre a redução de danos do tabaco, tendo entre seus objetivos principais esclarecer a distinção entre produtos de nicotina mais seguros combustíveis e não combustíveis. A CQCT entrou em vigor antes da popularização dos PNMS e, por isso, é necessário um foco maior no elemento de redução de danos contido em seus artigos.
15. A estratégia de implementação da iniciativa MPOWER deve ser reconfigurada de modo a corrigir as deficiências da política atual de controle internacional do tabaco. Em vez de MPOWER, empoderamento:



16. A RDT pode desempenhar um papel complementar no controle do tabaco e na redução do consumo de cigarros. Seu potencial pode ser plenamente realizado se a comunidade do controle internacional do tabaco, liderada pela OMS, for capaz de diferenciar os produtos de tabaco combustível e não combustível em suas deliberações sobre legislação e políticas.

1: Muitos ainda deixados para trás: o contexto do relatório

A ambição

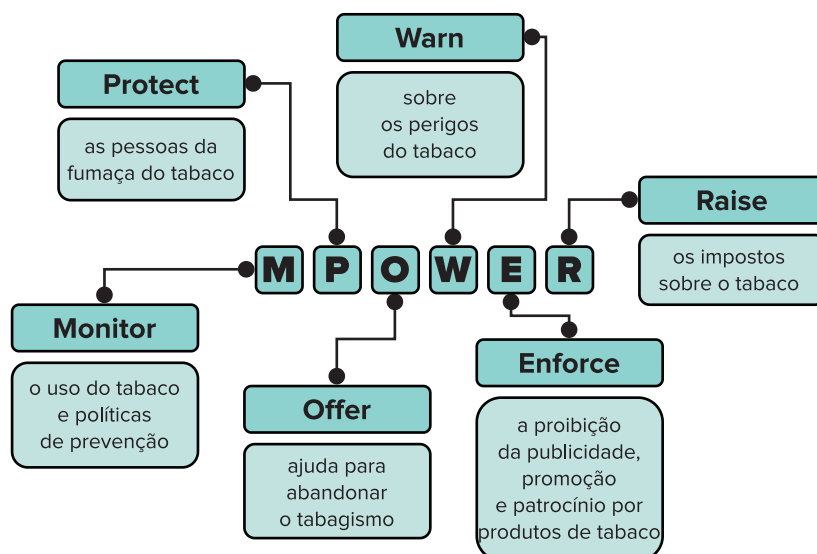
O principal motor do esforço internacional para combater a epidemia do tabagismo é a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) da OMS, que entrou em vigor em 2005. Dela resultou a criação da Conferência das Partes (COP), reuniões periódicas em que delegações de representantes governamentais discutem a implementação das medidas da CQCT

O “controle do tabaco” é definido no artigo 1d:

“Controle do tabaco” é um conjunto de estratégias direcionadas à redução da oferta, da demanda e dos danos causados pelo tabaco, com o objetivo de melhorar a saúde da população, eliminando ou reduzindo o consumo e a exposição à fumaça de produtos de tabaco.”¹

No que diz respeito à implementação do controle do tabaco desde 2005, é importante observar que um dos objetivos declarados da CQCT acordados por todas as partes era proteger as populações através da redução dos danos causados pela exposição à fumaça do tabaco. Apesar dessa intenção explícita, os artigos não contêm nenhuma distinção entre os riscos da exposição à fumaça do tabaco para fumantes e para terceiros. Portanto, pela letra da Convenção, os fumantes não estão excluídos dessa definição.

Em 2007, a OMS lançou um mecanismo de processo e monitoramento para implementar a CQCT, denominado MPOWER:



O tabagismo é a maior causa prevenível de doenças não transmissíveis (DNT). Também é o único fator de risco comum aos quatro maiores grupos de DNT: doença cardiovascular, câncer, doença pulmonar crônica e diabetes. Por isso, reduzir o tabagismo é essencial para diminuir a incidência global de mortes por DNT, uma ambição refletida e quantificada na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da ONU. O objetivo 3 da Agenda é “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”, com o objetivo específico (3.4) de “até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis”.²

¹ The Framework Convention on Tobacco Control (2005): https://www.who.int/fctc/text_download/en/

² United Nations. *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. UN, 2015, p.20. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>

o tabagismo é a maior causa prevenível de doenças não transmissíveis

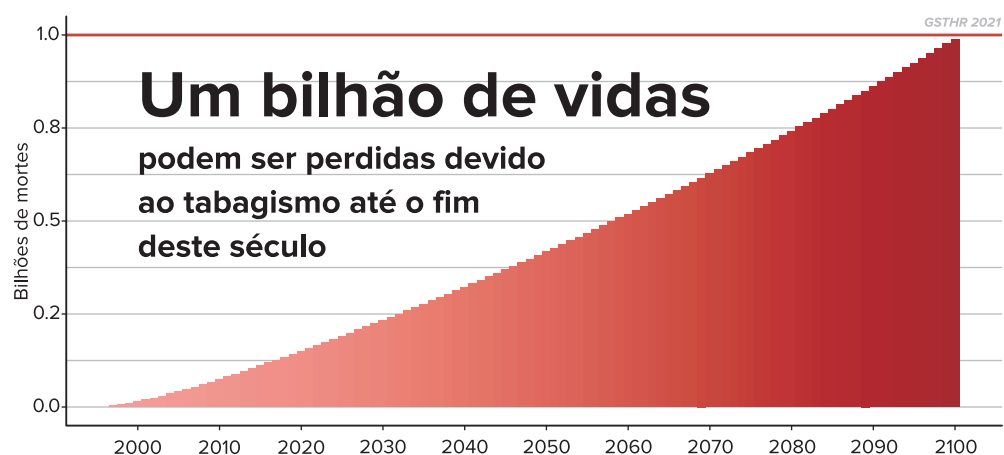


Bitucas de cigarro descartadas.
Crédito: Pawel Czerwinski em Unsplash

A realidade

Em 1997, o relatório Carga Global de Doenças (GBD, na sigla em inglês) estimava que cerca de três milhões de pessoas estivessem morrendo anualmente devido ao uso do tabaco e projetava um aumento acentuado nesse número nas décadas por vir. Infelizmente, essa análise estava correta. Em 2002, o número já havia subido para cinco milhões, com uma projeção de oito milhões até 2030³. Em 2021, as mortes totais já excediam os oito milhões, incluindo as mortes de não fumantes expostos à fumaça de cigarros. Em 2001, o professor Richard Peto, um destacado especialista em mortalidade do tabaco, estimou que um bilhão de vidas seriam perdidas até o fim do século, uma projeção que se mantém inalterada⁴. E embora os produtos de tabaco oral sejam responsáveis por milhares de mortes, o Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) estima que 99,9% de todas as mortes relacionadas ao tabaco sejam causadas pelos cigarros.⁵

Número cumulativo de mortes devido ao tabagismo Projeção baseada na manutenção da tendência atual



Referência: dados compilados pelo Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2019). Global Burden of Disease (GBD 2019). IHME, University of Washington. <http://www.healthdata.org/gbd/2019> e estimativa de Peto, R., & Lopez, A. D. (2001). Future worldwide health effects of current smoking patterns. (pp. 154–161). Jossey-Bass. <https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:114032>

³ Mathers, C and Loncar, D. *Updated projections of global mortality and burden of disease 2002-2030: sources, methods and results*. WHO, 2005

⁴ Peto R and Lopez AD. *Future worldwide health effects of current smoking patterns*. In: Koop CE, et al. eds. *Critical issues in global health*. San Francisco: Wiley (Jossey-Bass), 2001: 154-61.

⁵ Ritchie, Hannah and Roser, Max. 'Smoking'. Our World In Data (updated 2021). <https://ourworldindata.org/smoking>

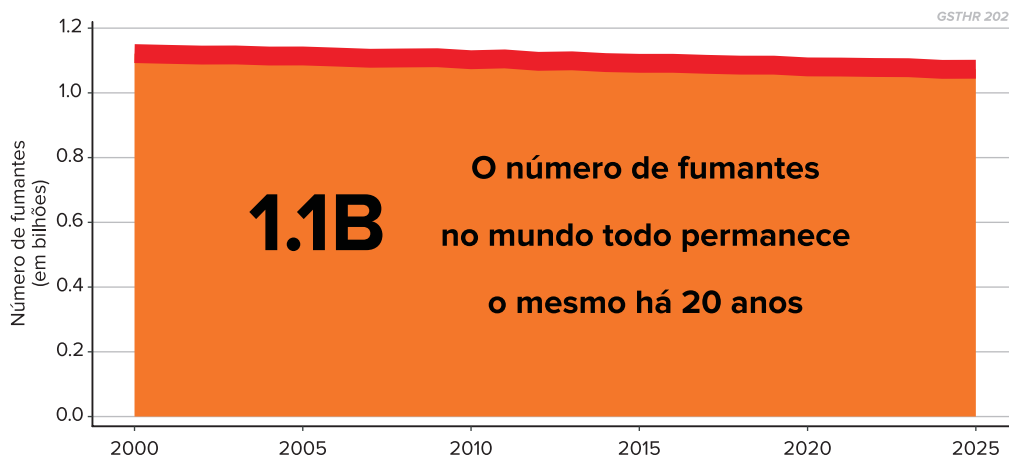


Homem fumando na rua em Karnataka, Índia.
Crédito: Vaisakh MV em Unsplash

A prevalência e as mortes relacionadas ao tabagismo vêm caindo nos países de renda alta (PRA) há várias décadas, mas o crescimento populacional significa que ainda existe 1,1 bilhão de fumantes no mundo todo. Os PRMB arcam com a maior carga de doença e morte, totalizando cerca de 50% de todas as mortes relacionadas ao tabagismo⁶. No entanto, os dados disponíveis podem subestimar a escala das perdas. Como afirma a OMS: “Os países de renda alta têm sistemas eficientes para coletar informações sobre as causas de morte nas suas populações. Muitos países de renda média e baixa não contam com esses sistemas, e o número de mortes por causas específicas deve ser estimado com base em dados incompletos⁷”.

Os PRMB também sofrem as consequências das DNT. Três quartos das mortes por DNT ocorrem em PRMB, onde os sistemas de saúde muitas vezes não podem oferecer tratamento adequado em tempo hábil⁸.

99,9 %
de todas as mortes relacionadas ao tabaco são causadas pelo cigarro



Fonte: OMS. (2019). WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025, third edition. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition>

⁶ Tobacco Harm Reduction: A Burning Issue for Asia. London: Knowledge Action Change (2021), p.9. <https://gsth.org/report/2021/burning-issue-for-asia/chapter-1>

⁷ The Global Health Observatory, WHO. Total NCD deaths (in thousands). <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-ncd-deaths-in-thousands>

⁸ Factsheet: Noncommunicable diseases, WHO. (2021). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

O fracasso da ambição

A OMS enaltece o sucesso da estratégia MPOWER com frequência. Seu relatório mais recente afirmava que 5,3 bilhões de pessoas estavam “cobertas” por pelo menos um elemento do pacote de medidas MPOWER “no mais alto nível”⁹. Mas a “cobertura” por “pelo menos uma medida” deixa de ser tão notável se lembrarmos que a iniciativa MPOWER foi lançada em 2007, e mais ainda quando se constata que cerca de 30% dos países signatários da CQCT não implementaram sequer um de seus elementos. Uma análise mais detalhada revela ainda que, dos 49 países sem nenhum dos elementos em vigor, 41 são PRMB¹⁰. Também vale ressaltar que a “cobertura” muitas vezes significa pouco mais do que a decretação de leis em grande parte inaplicáveis, especialmente em países com recursos escassos.



Bandeira da OMS.
Fonte: Flickr

a maioria dos elementos do pacote MPOWER não limita diretamente as mortes e doenças causadas pelo tabagismo

E, o que é mais crítico, a maioria dos elementos do pacote MPOWER não limita diretamente as mortes e doenças causadas pelo tabagismo. Trata-se principalmente de medidas legislativas, cuja promulgação costuma ser relativamente barata e fácil. O que é muito mais caro, especialmente para os PRMB com sistemas de saúde frágeis e a necessidade de priorizar doenças transmissíveis, é o elemento “O: oferecer ajuda para a cessação”. A própria OMS admite o fracasso na implementação desse elemento, com 70% da população global sem acesso a serviços eficazes para a cessação do tabagismo.

Mesmos nos países com políticas descritas como “melhores práticas”, a realidade pode ser muito diferente. A Índia é o único PRMB listado pela OMS como um país com melhores práticas na oferta de serviços de apoio. Porém, um estudo sobre a disponibilidade e o acesso a terapias de substituição de nicotina e medicamentos para a cessação do tabagismo no estado indiano de Kerala revelou que os produtos não estavam disponíveis em nenhuma unidade pública de saúde, e apenas em algumas farmácias particulares¹¹. A situação é ainda pior para os milhões de consumidores de tabaco em zonas rurais.

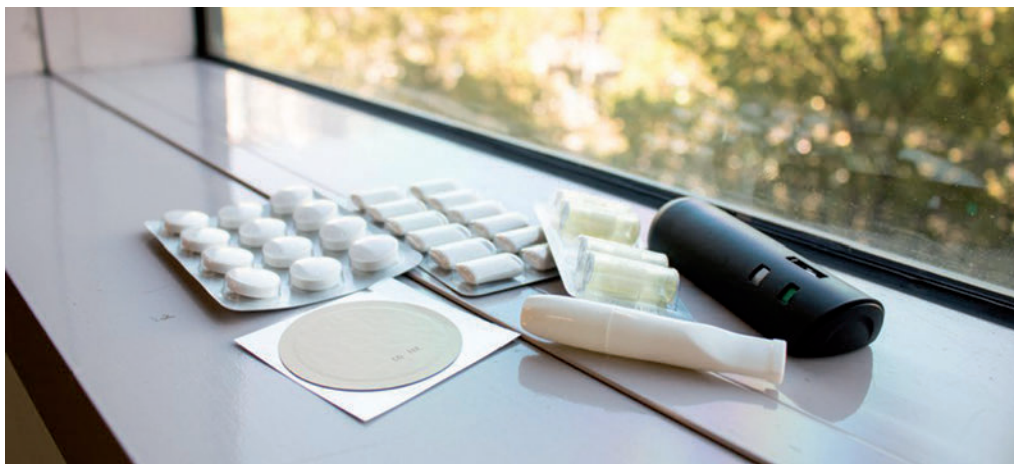
A OMS afirma que a lentidão na redução dos níveis de tabagismo em países mais pobres se deve ao fato de que a introdução de políticas robustas de controle tem sido dificultada pela indústria do tabaco. A influência dos lobistas pode realmente ser um obstáculo, mas essa explicação não leva em conta os problemas gerados pela relutância dos países em subsidiar medidas de controle do tabaco reconhecidas

⁹ WHO. *WHO report on global tobacco epidemic: addressing new and emerging products 2021*. WHO, 2021. <https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/global-tobacco-report-2021>

¹⁰ *ibid.*

¹¹ Sarma Smitha et al. (2017). Availability, Sales, and Affordability of Tobacco Cessation Medicines in Kerala, India. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 10(11), e004108. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004108>

internacionalmente, pelo menos desde a crise financeira de 2007-2008, e mais ainda na era da COVID.

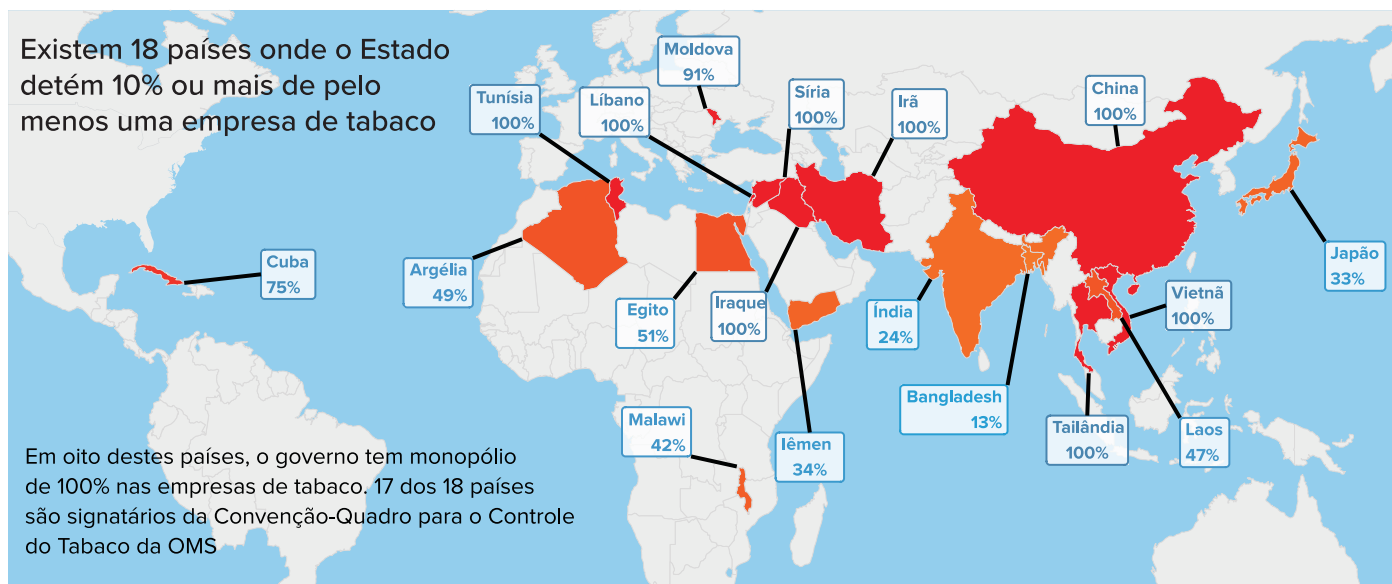


Diversos produtos de substituição da nicotina.
Fonte: Google

existem **18** países onde o Estado detém **10 %** ou mais de participação em pelo menos uma empresa de tabaco

A implementação de medidas também é afetada por conflitos de interesse, já que muitos países membros da COP detêm uma participação expressiva ou mesmo o monopólio das suas indústrias nacionais de tabaco. Existem 18 países onde o Estado detém 10% ou mais de participação em pelo menos uma empresa de tabaco, e os governos da China, Iraque, Irã, Líbano, Síria, Tailândia, Tunísia e Vietnã têm monopólio de 100% da produção de cigarros no seu território. Com duas exceções, todos esses países são signatários da CQCT. A Chinese National Tobacco Corporation (CNTC) fatura mais do que todas as outras multinacionais do tabaco. A estatal de tabaco indiana ITC está entre as cinco maiores fabricantes de cigarros do mundo, atrás da CNTC, British American Tobacco (BAT), Philip Morris International (PMI) e Japan Tobacco International (JTI), na qual o governo japonês detém 30% de participação¹².

8 países têm monopólio de **100 %** de suas empresas nacionais de tabaco



No que diz respeito à questão mais ampla das DNT, o quadro é igualmente desanimador. Um relatório da OMS sobre DNT destacou que: “As ações de diferentes países são, na melhor das hipóteses, desiguais. Os investimentos oficiais permanecem lamentavelmente baixos, e a mobilização internacional de fundos é insuficiente... Não há desculpa para inação, dadas as soluções baseadas em evidências existentes”¹³

¹² Malan, D and Hamilton, B. *Contradictions and conflicts: state ownership of tobacco companies and the WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Just Managing Consulting, 2020.

¹³ WHO. *Time to deliver: report of the WHO independent high-level commission on non-communicable diseases*. WHO, 2018, p.4 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272710>

Travando a batalha final?

O que há de errado? Essencialmente, a OMS, as entidades médicas e governamentais, as ONG aliadas e os financiadores estão travando a batalha final contra a indústria do tabaco. Do século XIX à guerra do Vietnã, há muitos exemplos históricos de generais que acreditavam que o ambiente político e tecnológico dos conflitos da sua época permanecia inalterado desde o conflito anterior. Invariavelmente, isso teve resultados letais para os indivíduos na linha de frente, enquanto os generais assistiam de longe.



Foto de soldado britânico em uma trincheira usando um periscópio e um espelho para observar a terra de ninguém.
Fonte: National Library of Scotland

a OMS, as entidades médicas e governamentais, as ONG aliadas e os financiadores estão travando a batalha final contra a indústria do tabaco

As estatísticas deixam claro que utilizar as mesmas estratégias e táticas do passado para reduzir o tabagismo global não é suficiente para satisfazer o imperativo da saúde pública. Ecoando as palavras da própria OMS: “não há desculpa para inação, dado que existem soluções baseadas em evidências”.

As novas abordagens para o século XXI fundamentam-se no princípio da redução de danos do tabaco (RDT), que incentiva os fumantes atuais a adotar produtos de nicotina mais seguros (PNMS). Sua implementação requer novas estratégias e uma nova forma de pensar. Por diversas razões, aqueles que deveriam assumir a liderança global na luta contra o tabagismo estão cada vez mais entrincheirados nas suas posições.

2: Contra-ataque à indústria: a origem da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

A verdade se revela

Em 1954, quando as primeiras pesquisas começaram a sugerir uma associação entre o cigarro e o câncer, as grandes empresas de tabaco dos EUA publicaram “Uma Declaração Franca aos Fumantes de Cigarros”, negando que seus produtos fossem perigosos e afirmando seu compromisso com os interesses de seus clientes¹⁴.

A Frank Statement to Cigarette Smokers

RECENT REPORTS on experiments with mice have given wide publicity to a theory that cigarette smoking is in some way linked with lung cancer in human beings.

Although conducted by doctors of professional standing, these experiments are not regarded as conclusive in the field of cancer research. However, we do not believe that any serious medical research, even though its results are inconclusive should be disregarded or lightly dismissed.

At the same time, we feel it is in the public interest to call attention to the fact that eminent doctors and research scientists have publicly questioned the claimed significance of these experiments.

Distinguished authorities point out:

1. That medical research of recent years indicates many possible causes of lung cancer.
2. That there is no agreement among the authorities regarding what the cause is.
3. That there is no proof that cigarette smoking is one of the causes.
4. That statistics purporting to link cigarette smoking with the disease could apply with equal force to any one of many other aspects of modern life. Indeed the validity of the statistics themselves is questioned by numerous scientists.

We accept an interest in people's health as a basic responsibility, paramount to every other consideration in our business.

We believe the products we make are not injurious to health.

We always have and always will cooperate closely with those whose task it is to safeguard the public health.

For more than 300 years tobacco has given solace, relaxation, and enjoyment to mankind. At one time or another during those years critics have held it responsible for practically every disease of the human body. One by one these charges have been abandoned for lack of evidence.

Regardless of the record of the past, the fact that cigarette smoking today should even be suspected as a cause of a serious disease is a matter of deep concern to us.

Many people have asked us what we are doing to meet the public's concern aroused by the recent reports. Here is the answer:

1. We are pledging aid and assistance to the research effort into all phases of tobacco use and health. This joint financial aid will of course be in addition to what is already being contributed by individual companies.
2. For this purpose we are establishing a joint industry group consisting initially of the undersigned. This group will be known as TOBACCO INDUSTRY RESEARCH COMMITTEE.
3. In charge of the research activities of the Committee will be a scientist of unimpeachable integrity and national repute. In addition there will be an Advisory Board of scientists disinterested in the cigarette industry. A group of distinguished men from medicine, science, and education will be invited to serve on this Board. These scientists will advise the Committee on its research activities.

This statement is being issued because we believe the people are entitled to know where we stand on this matter and what we intend to do about it.

TOBACCO INDUSTRY RESEARCH COMMITTEE
5400 EMPIRE STATE BUILDING, NEW YORK 1, N. Y.

SPONSORS:

<p>THE AMERICAN TOBACCO COMPANY, INC. <i>Paul M. Hahn, President</i></p> <p>BYSON & HEDGES <i>Joseph F. Culman, Jr., President</i></p> <p>BRIGHT BELL WAREHOUSE ASSOCIATION <i>F. S. Reyster, President</i></p> <p>BROWN & WILLIAMSON TOBACCO CORPORATION <i>Timothy V. Hartnett, President</i></p> <p>BURLAY AUCTION WAREHOUSE ASSOCIATION <i>Albert Coy, President</i></p>	<p>BURLAY TOBACCO GROWERS COOPERATIVE ASSOCIATION <i>John W. Jones, President</i></p> <p>LABRE & BROTHER COMPANY, INC. <i>W. T. Reed, Jr., President</i></p> <p>F. LORREARD COMPANY <i>Herbert A. Kent, Chairman</i></p> <p>HARTLAND TOBACCO GROWERS ASSOCIATION <i>Samuel C. Linnam, General Manager</i></p>	<p>PHILIP MORRIS & CO., LTD., INC. <i>O. Parker McComas, President</i></p> <p>R. J. REYNOLDS TOBACCO COMPANY <i>E. A. Davis, President</i></p> <p>STEPHANO BROTHERS, INC. <i>C. S. Stephens, D.Sc., Director of Research</i></p> <p>TOBACCO ASSOCIATES, INC. <i>(the representative of the small tobacco growers)</i> <i>J. B. Hutton, President</i></p> <p>UNITED STATES TOBACCO COMPANY <i>J. W. Peterson, President</i></p>
---	---	---

Fonte: Wikimedia

Tal declaração não foi questionada com seriedade até o início da década de 1960, quando o Royal College of Physicians do Reino Unido¹⁵ (1962) e o Ministério da Saúde¹⁶ dos EUA (1964) publicaram relatórios sobre os efeitos nocivos do cigarro. A OMS adotou sua primeira resolução sobre o tabagismo em 1970. Nos 30 anos seguintes, 154 países introduziram algum tipo de medida de controle do tabaco.

¹⁴ Yach, D (2014). The origins, development, effects, and future of the WHO Framework Convention on Tobacco Control: a personal perspective. *Lancet*: 383, 1771-79. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62155-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62155-8/fulltext)

¹⁵ The Royal College of Physicians. *Smoking and health: a report of the Royal College of Physicians on smoking in relation to cancer of the lung and other diseases* (1962). Available at: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/smoking-and-health-1962>

¹⁶ The US Surgeon General. *Smoking and health: report of the advisory committee to the Surgeon General of the public health service* (1964). Available at: <https://profiles.nlm.nih.gov/spotlight/nn/catalog.nlm.nlmuid-101584932X202-doc>

Durante a maior parte do século XX, as mortes e doenças relacionadas ao tabagismo foram, de modo geral, uma questão restrita aos PRA. Para a OMS, tratava-se de um problema interno desses países, enquanto os esforços da organização se concentravam nas várias doenças transmissíveis que assolavam os PRMB. Mas mudanças no panorama econômico global, bem como o crescente imperativo da saúde pública, sublinharam a necessidade de ações mais coordenadas no nível internacional.

Ação internacional contra uma indústria transnacional

De 1970 ao final da década de 1990, as principais indústrias de tabaco dos EUA assumiram um caráter mais transnacional. A globalização da indústria do tabaco beneficiou-se enormemente da abertura dos mercados do Leste Europeu após o colapso do comunismo, da pressão do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional pela liberalização das leis de investimento estrangeiro e de privatização de empresas estatais, e da expansão das áreas de livre comércio na Ásia e na América Latina¹⁷.



Sede do Banco Mundial em Washington, D.C.
Crédito: Victor Grigas em Wikimedia Commons

o crescimento da indústria transnacional precisava ser contrabalançado por um acordo transnacional de controle do tabaco

Por um período de quase 30 anos, em lugar de exportar cigarros para os PRMB, a indústria gradualmente estabeleceu sua presença fora dos EUA. Enquanto diminuíam em 50% nos EUA, as terras dedicadas ao plantio do tabaco dobravam no Malawi, Tanzânia e China, onde a indústria era e segue sendo um monopólio estatal¹⁸. Ao mesmo tempo, os círculos da saúde pública começavam a reconhecer que o crescimento de uma indústria transnacional precisava ser contrabalançado por um acordo transnacional de controle do tabaco.

Desde sua criação em 1948, a OMS (conforme o artigo 19 da sua constituição) tinha autoridade constitucional para desenvolver um instrumento jurídico visando promover a saúde das populações, mas nunca tomou essa iniciativa. Havia resistência dentro da própria OMS, cujos dirigentes, sem nenhuma experiência na negociação de tratados internacionais, eram da opinião de que um tratado internacional sobre controle do tabaco era demasiadamente ambicioso e dificilmente seria aceito¹⁹.

¹⁷ Ibid p.19

¹⁸ Wipflj, H. *The Global War on Tobacco: Mapping the world's first public health treaty*. John Hopkins Press, 2015, p.18.

¹⁹ Ibid, p.26

Mesmo assim, em 1994, na 9ª Conferência Mundial sobre Tabaco e Saúde, foi aprovada uma resolução prevendo ações jurídicas para combater a epidemia global do tabagismo. À esta altura, já se reconhecia que o tabagismo não era um problema apenas para os PRA. Dois anos mais tarde, a Assembleia Mundial da Saúde concordou formalmente que a OMS devia iniciar o processo de formulação de uma Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT).

A saúde pública acima dos interesses econômicos

Três circunstâncias impulsionaram esse processo. A primeira foi a nomeação da Dra. Gro Brundtland como diretora geral da OMS. Médica envolvida no controle do tabaco na sua Noruega natal, ela já tinha servido três mandatos como primeira-ministra. Brundtland também havia ocupado altos cargos na ONU no campo do desenvolvimento sustentável, e contava com a experiência política que faltava à OMS, que sofrera “anos de disfunção [e] precisava desesperadamente de uma liderança forte, clara e inovadora”²⁰. Brundtland nomeou uma equipe de transição que incluía Derek Yach, que havia presidido a Conferência Africana para o Controle do Tabaco e se tornaria o diretor fundador da Iniciativa Livre do Tabaco (TFI, na sigla em inglês) da OMS.

Em segundo lugar, o Tobacco Master Settlement Agreement de 1998 (acordo judicial cível entre alguns estados americanos e as quatro maiores empresas de tabaco dos EUA) demonstrou que, por mais poderosa que fosse, a indústria do tabaco podia ser responsabilizada judicialmente. O acordo obrigava a indústria a pagar milhões de dólares em “reparações” a estados americanos para evitar uma quantidade imensa de processos arrastados. Mais do que isso, a divulgação de um vasto conjunto de documentos da indústria revelou a profundidade das fraudes e da corrupção a serviço do lucro.

a divulgação de um vasto conjunto de documentos da indústria revelou a profundidade das fraudes e da corrupção a serviço do lucro



Capa da revista Time © após o Master Settlement Agreement, 1998.
Crédito: Roberto Brosan

²⁰ Ibid, p.27

Em terceiro lugar, o Banco Mundial, cuja pressão sobre os países para abrir canais de comércio promovera indiretamente o desenvolvimento de uma indústria globalizada do tabaco, publicou em 1999 um relatório intitulado “A Epidemia do Tabagismo”, que “forneceu talvez a ferramenta mais importante na preparação para as negociações da CQCT²¹”. O relatório privilegiava o uso de estratégias para a redução da demanda, como aumento de impostos, proibição da publicidade, alertas nas embalagens, restrições ao fumo em locais públicos e a introdução de serviços de cessação. Convenientemente, isso ajudou a aliviar o temor dos países produtores de tabaco de que a ênfase pudesse estar na redução da oferta.

No entanto, apesar do apetite crescente pelo desenvolvimento de um acordo de controle internacional do tabaco, as negociações não foram um processo simples. Foi criado um Organismo de Negociação Internacional, o qual se reuniu em seis sessões, com duração de uma a quatro semanas, para negociar o texto entre outubro de 2000 e fevereiro de 2003. Ainda que se tratasse supostamente de uma negociação de saúde pública, havia muitos interesses conflitantes dentro das delegações governamentais, especialmente entre representantes dos ministérios da economia, comércio e relações exteriores. Os EUA, a China, o Japão e a Alemanha eram os mais resistentes, tentando atenuar as disposições devido aos seus interesses comerciais relacionados ao tabaco. Além disso, tradicionalmente, os EUA nunca aceitaram de bom grado as limitações impostas por tratados internacionais.

a CQCT representou um desafio político multilateral à indústria multinacional do tabaco

Apesar de um processo descrito como “tedioso, conflituoso e muitas vezes confuso”²², foi possível chegar a um consenso. A CQCT entrou em vigor em fevereiro de 2005 e foi assinada por 168 países durante seu período de abertura de 12 meses. Até esta data, 181 países assinaram e ratificaram a CQCT, o que significa que o texto foi aprovado por seus respectivos congressos nacionais. Seis países assinaram, mas não ratificaram a Convenção (incluindo os EUA), enquanto nove países recusaram qualquer forma de participação.

A CQCT incluiu o controle do tabaco na pauta internacional da saúde e representou um desafio político multilateral à indústria multinacional do tabaco.

²¹ Ibid, p.31

²² Ibid p.43

3: O controle internacional do tabaco: estrutura e funções

Principais participantes da CQCT



GSTHR 2021

As convenções-quadro são tratados juridicamente vinculantes, e ao ratificá-las, os governos ficam obrigados a adotar leis para sua implementação. As convenções-quadro estabelecem compromissos mais amplos para as Partes, deixando a elaboração de metas específicas para acordos posteriores mais detalhados (geralmente denominados protocolos) ou legislações nacionais. Essencialmente, uma convenção-quadro é um documento abrangente, que estabelece princípios, objetivos e regras de governança.

Convenções-quadro são usadas quando a questão em pauta não se limita a interesses específicos e tem implicações globais, quando não há consenso em torno de medidas concretas robustas e quando o entendimento científico e a questão em pauta estão em evolução. Até hoje, existem somente duas convenções-quadro; o exemplo mais conhecido é a Convenção-Quadro para Mudança Climática (ver também a página 23).

As convenções-quadro tendem a não estabelecer prazos para suas obrigações (embora a CQCT tenha dois). Essas disposições geralmente são abordadas nos protocolos (ou subtratados), que detalham aspectos específicos, como o Protocolo de Kyoto e o Protocolo de Montreal da CQMC, e o Protocolo de Eliminação do Comércio Ilícito, da CQCT. Os protocolos são tratados autônomos e têm seus próprios requisitos administrativos para entrada em vigor.

As convenções-quadro são descritas como “juridicamente vinculantes”, mas não no sentido comum do termo aplicado a contratos. Os Estados ou governos ficam obrigados a implementar as disposições em suas leis segundo a interpretação nacional. Na verdade, trata-se de um acordo entre nações que se comprometem a agir de boa fé na realização dos objetivos da convenção. Dito isso, a Convenção-Quadro para Mudança Climática é vista com muita seriedade, já que todas as nações são interdependentes nessa questão. As implicações transnacionais para o ambiente são imensas caso um país volte atrás em seu compromisso. Também existem pressões políticas significativas para que os países adotem medidas internas para combater a mudança climática, como estabelecer metas e objetivos para a redução de emissões de carbono, investir em fontes de energia alternativas, reduzir a poluição etc.

Não obstante a obrigação de agir de boa fé e cumprir promessas, a Convenção de Viena sobre o Direito dos Tratados²³ de 1969, que governa as leis dos tratados e sua

convenções são acordos entre nações que se comprometem a agir de boa fé na realização dos objetivos acordados

²³ Vienna Convention on the Law of Treaties (1969) https://legal.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1_1_1969.pdf

interpretação, contém uma disposição interessante, que pode ser facilmente aplicada à disrupção atual causada pelos novos produtos de nicotina mais seguros. O artigo 62 permite que uma nação rejeite as obrigações de um tratado quando houver uma “mudança fundamental nas circunstâncias” que não poderia ter sido prevista durante a negociação deste. O próprio preâmbulo da CQCT menciona possíveis mudanças e a determinação a “promover medidas de controle do tabaco fundamentadas em considerações científicas, técnicas e econômicas atuais e pertinentes”²⁴.



Um aviso de “Proibido fumar” entre prédios comerciais.
Crédito: Possessed Photography em Unsplash

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)²⁵

A CQCT engloba 38 artigos e diretrizes não vinculantes a alguns artigos para auxiliar as Partes a cumprir com suas obrigações nacionais. Existem diretrizes para o artigo 5.3 (Proteção das políticas de saúde contra interesses comerciais), artigos 8, 9 e 10 (Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco, Regulamentação da testagem e do conteúdo dos produtos de tabaco) e artigos 11-14 (Embalagem e etiquetagem, Conscientização do público, Publicidade e Redução da demanda, incluindo serviços de cessação).

Atualmente, existe apenas um protocolo, o Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco, que complementa o artigo 15, Comércio ilícito de produtos de tabaco.

O preâmbulo da CQCT tem diversos considerandos, que reconhecem explicitamente a necessidade de reduzir as mortes e doenças causadas pelo uso do tabaco. Os considerandos são descritos no contexto do direito universal à saúde, segundo o princípio de ninguém deixado para trás, e incluem:

“Determinadas a dar prioridade ao seu direito de proteção à saúde pública.”

“Tendo em conta ... as devastadoras consequências geradas pela... exposição à fumaça do tabaco, em todo o mundo.”

“Seriamente preocupadas com o aumento do consumo... particularmente nos países em desenvolvimento, assim como o ônus que se impõe às famílias, aos pobres e aos sistemas nacionais de saúde.”

²⁴ Op cit, ref 4, p.3

²⁵ The Framework Convention on Tobacco Control (2005): https://www.who.int/fctc/text_download/en/

“Recordando o artigo 12 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais... pelo qual se declara que toda pessoa tem direito de gozar o mais elevado nível de saúde física e mental.”

“Recordando... a Constituição da Organização Mundial de Saúde, que afirma que (o direito acima descrito) é um dos direitos fundamentais de todo ser humano”

“Determinadas a promover medidas de controle do tabaco fundamentadas em considerações científicas, técnicas e econômicas atuais e pertinentes.”

A Conferência das Partes (COP)

No cerne do processo de tomada de decisões da CQCT está a reunião bianual das nações que são Partes da CQCT, conhecida como Conferência das Partes (COP). Os representantes das Partes (ou nações) devem assinar a CQCT como declaração de intenções, mas a assinatura somente será ratificada se aprovada pelo Congresso do país. Isso indica que a Parte concordou formalmente em acatar a CQCT, embora não haja “sanções” por não cumprimento.

As Partes que assinaram e ratificaram ou que aderiram à CQCT podem assumir um papel ativo nas discussões e decisões da COP. Aquelas que somente assinaram a Convenção (como os EUA) têm status de observadoras e podem intervir somente depois que todas as outras Partes tiverem se manifestado; suas posições não precisam ser consideradas formalmente.



Sala do Conselho Executivo da OMS.
Fonte: Wikimedia Commons

Desde a primeira COP, em 2006, houve oito reuniões em diferentes locais ao redor do mundo. A nona reunião, inicialmente prevista para 2020, foi adiada para novembro de 2021 devido à COVID²⁶.

As delegações serão compostas principalmente por autoridades da saúde, embora representantes de outros departamentos interessados, como comércio e negócios, também possam participar. As delegações também podem incluir representantes de ONG e especialistas em áreas específicas.

²⁶ Informações sobre a COP 9, realizada virtualmente em novembro de 2021, podem ser acessadas aqui: <https://fctc.who.int/who-fctc/governance/conference-of-the-parties/ninth-session-of-the-conference-of-the-parties>

Nas reuniões da COP, as decisões são tomadas por consenso, e votações são muito raras. Caso somente um país se oponha a uma disposição, este pode ceder ou pode ser elaborada uma emenda ao texto, com a qual todos os participantes devem concordar. As posições de todas as Partes têm o mesmo peso.

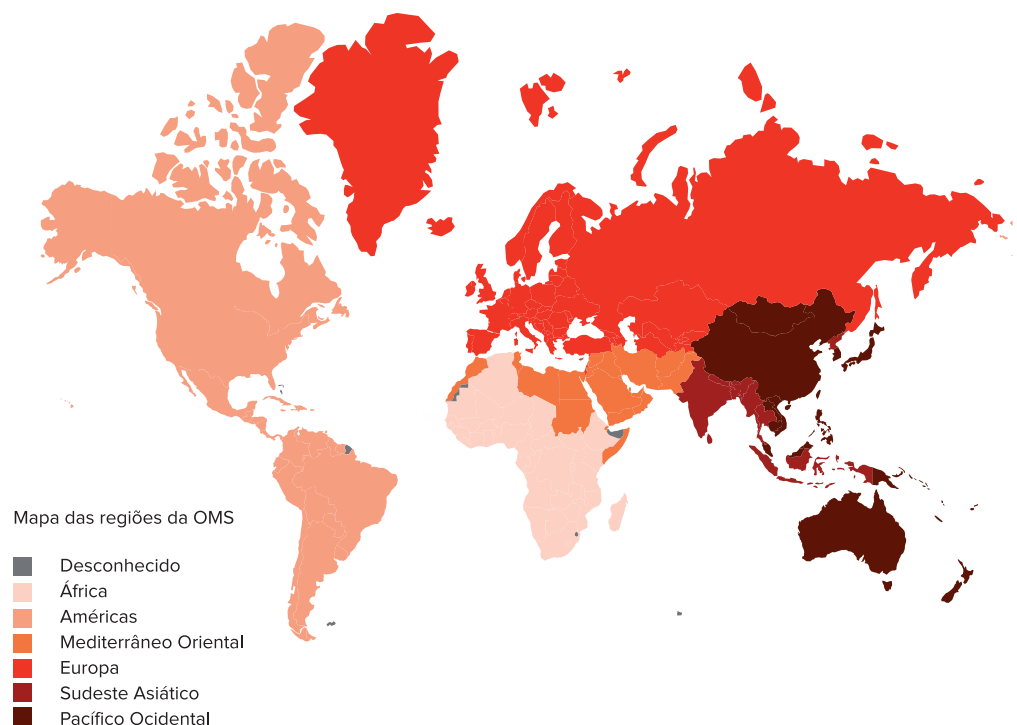
Estrutura das reuniões

Além das sessões plenárias principais, com a presença de todas as Partes, a COP se divide nos comitês A e B. O Comitê A trata de políticas, e o Comitê B se ocupa de questões como financiamento. Cabe aos comitês discutir pautas propostas pelas Partes e, ocasionalmente, formular decisões que permitam que um consenso seja alcançado nas sessões plenárias. Podem ser formados subgrupos para elaborar propostas caso não haja consenso nos comitês.

Um mundo de pré-reuniões

As Partes que desejarem incluir propostas na pauta da COP deverão fazê-lo alguns meses antes da distribuição da pauta. O posicionamento dos governos geralmente é decidido muito antes da reunião, o que significa que as sessões da COP são, em grande parte, um exercício burocrático. Ainda assim, um certo grau de negociação pode acontecer durante as reuniões dos comitês.

Grande parte das discussões e da definição de posições acontece antes da COP, nas Reuniões Regionais da OMS. A OMS tem seis regiões: África (AFRO), Américas (AMRO), Sudeste Asiático (SEARO), Pacífico Ocidental (WPRO), Europa (EURO) e Mediterrâneo Oriental (EMRO). As partes podem se manifestar individualmente na COP, mas são incentivadas a permitir que o país eleito seja o porta-voz para sua região, para economizar tempo e consolidar questões.



Crédito: Atlas do MS Toolkit

O processo de tomada de decisões

Uma COP pode decidir que é preciso explorar questões específicas em relatórios para a próxima COP. Isso pode se dar por dois canais:

1. Grupos de Trabalho

Formados por delegados da COP (até cerca de 40), com representação igual das seis regiões da OMS, que podem, por exemplo, desenvolver diretrizes para artigos específicos da CQCT.

2. Grupos de Especialistas

Convocados pelo Secretariado da CQCT (ver abaixo) a pedido da COP, para esclarecer questões técnicas, como legislação.

Também há grupos permanentes de especialistas, incluindo a Rede Mundial de Laboratórios de Tabaco (TobLabNet), que desenvolve métodos padronizados de testagem e medição para produtos de tabaco, e o Grupo de Estudo sobre a Regulação de Produtos de Tabaco (TobReg), com foco em aspectos científicos e políticas para o tabaco e a nicotina

A rede de suporte da COP

1. A OMS

As reuniões da COP são organizadas pela OMS, embora esta não tenha voz oficial nas negociações e não possa propor emendas ao texto. Mesmo assim, a OMS pode intervir para auxiliar nas negociações e incentivar os governos a respaldar as posições da organização sobre o controle do tabaco. Sua influência é considerável, uma vez que a maioria dos países adota uma postura passiva e não se manifesta nem propõe iniciativas. A maioria nada a favor da correnteza, ao contrário das discussões sobre outras questões globais de relevo, como o comércio e o clima, nas quais os governos nacionais defendem firmemente suas posições e competem pela liderança.

2. O Secretariado da CQCT

O Secretariado é a instância administrativa de apoio à COP, financiada pelas Partes através de contribuições compulsórias para o trabalho regular do Secretariado e contribuições voluntárias para projetos específicos. Embora o Secretariado tenha seu escritório na sede da OMS em Genebra, a OMS não gerencia diretamente o Secretariado nem contribui diretamente para as discussões e decisões da COP.

o chefe do Secretariado se reporta à COP, mas a relação entre eles não é de supervisão nem gestão de linha



Genebra, a sede da OMS.
Crédito: Lukas Blaskevicius em Unsplash

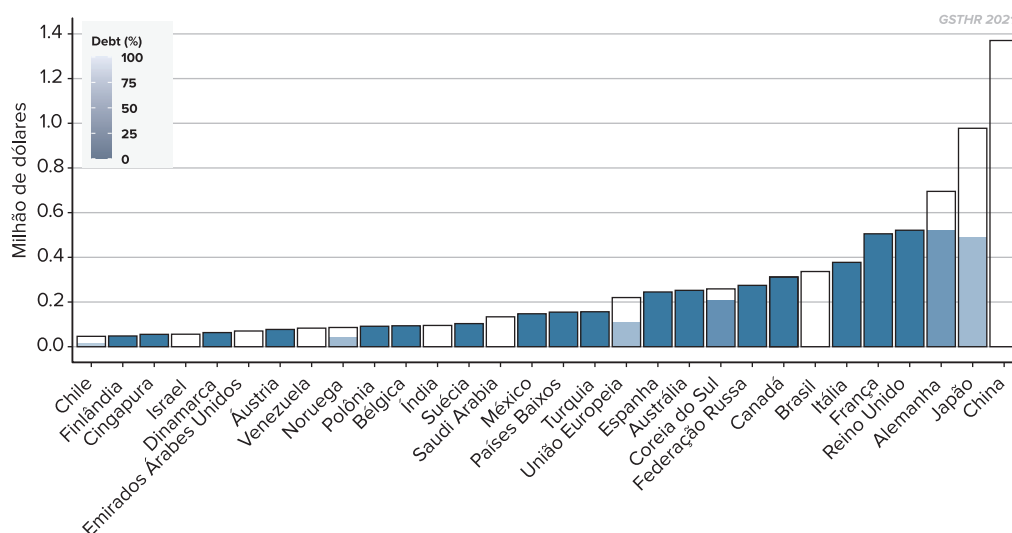
O Secretariado coordena todo o trabalho que acontece durante e entre as reuniões da COP e elabora toda a documentação necessária, incluindo propostas de pauta. A CQCT deve agir de acordo com as propostas e desejos das Partes. Além de membros nomeados, o Secretariado conta com o Bureau, um grupo

poucos países pagam os valores devidos

interno de conselheiros composto por um presidente, cinco vice-presidentes e seis coordenadores regionais. Os membros do Bureau são eleitos ao final de cada COP, com mandato válido até a convenção seguinte.

O diretor-geral da OMS nomeia o chefe do Secretariado, geralmente alguém de dentro da “família” da OMS. O chefe do Secretariado responde à COP, mas a relação entre eles não é de supervisão nem gestão de linha.

A CQCT é financiada por uma combinação de contribuições compulsórias e voluntárias das Partes. A fórmula usada para calcular o valor das contribuições compulsórias se baseia no produto interno bruto (PIB) de cada país. Poucos países pagam os valores devidos, incluindo várias Partes com as contribuições compulsórias mais altas.



Contribuições compulsórias e pagas à CQCT Fonte: CQCT/COP/9/14. (2021). Pagamento das contribuições compulsórias e medidas para reduzir as Partes em atraso. Item 6.3 da pauta preliminar. https://untobaccocontrol.org/downloads/cop9/main-documents/FCTC_COP9_14_EN.pdf

3. A Iniciativa Livre do Tabaco da OMS

Este é o braço de controle do tabaco da OMS, que fornece orientação jurídica e política às Partes, elaborando propostas de disposições e intermediando negociações. Também é a face pública das políticas e programas de controle do tabaco da OMS. A TFI já foi um departamento separado, com seu próprio diretor, mas foi incorporada ao departamento da OMS dedicado ao enfrentamento das DNT.

O papel dos observadores não governamentais na COP

Já descrevemos a rede complexa de reuniões, informações e suporte técnico oferecida às Partes e organizada pelos dirigentes da OMS e especialistas nomeados, mas a influência sobre as deliberações da COP não termina aí.

O preâmbulo da CQCT reconhece “a contribuição especial de organizações não-governamentais e de outros membros da sociedade civil... às atividades de controle do tabaco no âmbito nacional e internacional...” As ONG podem estar presentes na COP, mas somente aquelas credenciadas especificamente pela OMS. Organizações não governamentais internacionais podem solicitar o credenciamento, e ONG menores podem participar como membros da entidade de controle do tabaco conhecida como Aliança da Convenção-Quadro (ACQ), mas devem ser aprovadas pela ACQ.

As ONG credenciadas pela CQCT podem participar de negociações e fazer intervenções quando convidadas pelos coordenadores das sessões, após as manifestações das Partes. Também podem ter permissão para participar de reuniões dos comitês A e B, mas não dos pequenos grupos de trabalho. É neles que o trabalho mais importante é realizado, caso ainda haja pontos de conflito não resolvidos durante as reuniões do período desde a COP anterior.

O credenciamento pela ACQ está aberto somente às ONG sem ligações com a indústria do tabaco, mesmo que tangenciais ou históricas. Também estão excluídas as ONG que representam pessoas diretamente afetadas pelas iniciativas de controle do tabaco, incluindo os fumantes e, agora, os usuários de produtos de nicotina mais seguros.



Infelizmente, muitos indivíduos influentes acreditam que os defensores da redução de danos do tabaco através dos PNMS necessariamente têm algum tipo de ligação com a indústria do tabaco, seja financeira ou ideológica. Isso se deve ao envolvimento da indústria na produção de alguns (mas não todos) produtos de nicotina mais seguros do mercado. Assim, as organizações favoráveis à redução de danos do tabaco, incluindo vários grupos de defesa dos consumidores de snus e dispositivos para vapear, acabam excluídas e têm seu lugar à mesa negado.

Um sopro de ar fresco?

A COP da CQCT, um encontro internacional de ministros e representantes governamentais subsidiado pelos contribuintes, está envolta em um sigilo comparável ao do Conselho de Segurança do ONU.

O contraste com a COP da Convenção-Quadro para Mudança Climática (CQMC) é absoluto. A COP 26 da CQMC está marcada para novembro de 2021, o mesmo mês que a COP 9 da CQCT. Os meios de comunicação do mundo todo já têm a atenção voltada para reunião da COP 26 da CQMC e seu potencial de causar mudanças, mas praticamente ignoram a COP 9 da CQCT.

Observadores representantes com uma ampla gama de interesses podem participar da COP da CQMC: ambientalistas, comunidades indígenas, direitos das mulheres, questões de gênero e grupos de jovens, bem como pesquisadores e acadêmicos, sindicatos e representantes do empresariado. Os candidatos precisam demonstrar apenas que representam uma entidade nacional ou internacional e têm conhecimento e experiência relevantes²⁷.

O tipo, o número e o impacto dos representantes do empresariado na COP da Mudança Climática são objeto de controvérsia. Delegados de setores poluidores tradicionais, incluindo as indústrias do carvão, petróleo e gás, mineradoras e montadoras de veículos, participam das reuniões. As regras da própria Convenção permitem que entidades comerciais representantes do petróleo e do gás

ONG que representam pessoas diretamente afetadas pelas iniciativas de controle do tabaco, incluindo os fumantes e, agora, os usuários de produtos de nicotina mais seguros, estão excluídas

²⁷ Para obter mais detalhes sobre a diferença entre os critérios de participação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e das Conferências sobre o Controle do Clima, consulte <https://www.clivebates.com/documents/APPGVapingFeb2021.pdf>, p.12-13



Protesto contra a inação política quanto à mudança climática.
Crédito: Marcus Spiske em Unsplash

as decisões da COP têm o potencial de afetar a vida de milhões de pessoas no mundo todo, incluindo aproximadamente 100 milhões de pessoas que já abandonaram o cigarro e adotaram produtos de nicotina mais seguros

participem de discussões anuais e reuniões no período entre as conferências como observadoras. Em algumas COP anteriores, grandes poluidores puderam até mesmo patrocinar reuniões, com fabricantes de veículos, empresas de energia e produtores de carvão pagando milhões para exibir suas marcas. Na COP 26, o governo do Reino Unido afirmou que os patrocinadores devem “ter um plano plausível para cortar suas emissões ao zero líquido até 2050”²⁸.

Deixando de lado os contratos de patrocínio, a presença desses setores nas reuniões da COP pode ser interessante. Encontrar soluções para a emergência climática requer o engajamento com as indústrias mesmas que contribuem significativamente para essa crise. A recusa a transformar essas empresas e sua forma de operação só dificulta o progresso em direção aos objetivos da Convenção-Quadro para Mudança Climática. As reuniões e o foco político e midiático dão visibilidade ao progresso (ou à paralisia) na transição para tecnologias, processos e produtos mais verdes. Mesmo assim, os fabricantes de automóveis que exibirão seus novos carros elétricos na COP 26 ainda estão vendendo seus antigos veículos com motor à combustão.

O contraste com a COP da CQCT não pode ser mais acentuado. As decisões da COP têm o potencial de afetar a vida de milhões no mundo todo, incluindo aproximadamente 100 milhões de pessoas²⁹ que já adotaram produtos de nicotina mais seguros, o 1,1 bilhão de pessoas que continuam a fumar, suas famílias e terceiros expostos à fumaça de cigarros. O apoio de um grande número de organizações é necessário para que sejam implementadas as mudanças imprescindíveis para a erradicação das mortes e doenças causadas pelo tabagismo. Pragmaticamente, elas incluem os fabricantes.

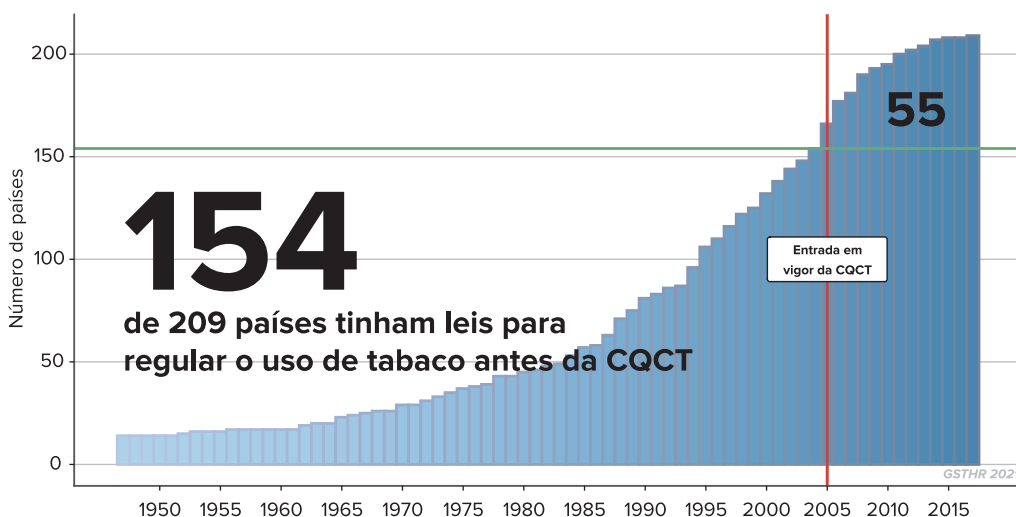
²⁸ *Climate Change News* (18/08/20) 'Big oil need not apply'. Accessed August 2021. <https://www.climatechangenews.com/2020/08/18/big-oil-need-not-apply-uk-raises-bar-un-climate-summit-sponsorship/>

²⁹ *Burning Issues: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2020*. Knowledge-Action-Change, 2020, p.54 <https://gsth.org/report/2020/burning-issues/chapter-2#unrealisedpublichealth>

4: Redução de danos do tabaco

Muito além de “parar ou morrer”

A estratégia do controle internacional do tabaco deixa duas opções para os fumantes adultos: parar ou morrer. Muitos dos ganhos na redução das mortes e doenças por tabagismo nos PRA foram alcançados antes da promulgação da CQCT. Mais do que isso, 154 países já tinham implementado medidas de controle do tabaco antes de 2005. Seria errado sugerir, por exemplo, que a proibição do fumo em locais públicos ou o aumento do preço dos cigarros não teve impacto na prevalência e, portanto, nas mortes e doenças. Porém, desde 1970, as populações dos PRA têm abandonado gradualmente o tabagismo e adotado um “estilo de vida mais saudável”, especialmente entre pessoas e grupos socioeconômicos mais altos (altas taxas de tabagismo ainda estão presentes em muitas comunidades pobres e marginalizadas nos PRA)³⁰.



Fonte: Tobacco Control Laws. (2021). Retrieved September 2, 2021, from <https://www.tobaccocontrolaws.org/>

Como apontado acima, a realidade é que os esforços atuais para o controle internacional do tabaco simplesmente não são suficientes. Em 2021, os gráficos de prevalência do tabagismo estão estabilizados nos PRA, enquanto o crescimento populacional deve levar ao aumento da prevalência nos PRMB.

No entanto, existe uma intervenção complementar com potencial para salvar muitas vidas e que pode ser oferecida a baixo custo para os governos. Trata-se da redução de danos do tabaco com o uso de produtos de nicotina mais seguros, que oferece uma terceira opção mais aceitável para os fumantes adultos atuais.

O que é redução de danos?

A redução de danos se refere a uma série de políticas, regulamentações e ações pragmáticas que visam reduzir os riscos à saúde, oferecendo formas mais seguras de produtos ou substâncias ou incentivando comportamentos de menor risco, e tem um papel importante na promoção da justiça social e dos direitos humanos para pessoas que muitas vezes estão entre as mais marginalizadas da sociedade. Os proponentes da redução de danos argumentam que as pessoas não deveriam abrir mãos do seu direito à saúde ao adotarem comportamentos potencialmente perigosos, como o uso de álcool ou drogas, atividade sexual ou tabagismo.

a redução de danos se refere a uma série de políticas, regulamentações e ações pragmáticas que visam reduzir os riscos à saúde, oferecendo formas mais seguras de produtos ou substâncias ou incentivando comportamentos de menor risco

³⁰ Ibid, p. 140–146. Chapter 7: The right to health and the people left behind <https://gsth.org/report/2020/burning-issues/chapter-7>

os usuários de nicotina têm o mesmo direito fundamental a gozar do mais alto padrão de saúde possível que os não usuários

Embora a redução de danos como movimento social seja relativamente nova, o objeto da luta das comunidades afetadas – o direito à saúde sem ninguém deixado para trás – há muito está consagrado nas convenções internacionais. A OMS adota o conceito da redução de danos em muitas atividades.

Os usuários de nicotina têm o mesmo direito fundamental a gozar do mais alto padrão de saúde possível que os não usuários. As pessoas que fumam para obter nicotina, portanto, têm direito a acessar informações corretas e produtos que as auxiliem para esse fim.

Redução de danos do tabaco: da concepção à realidade

Embora seja citada especificamente no artigo 1d da CQCT, a redução de danos em si não é definida. A RDT foi incluída porque a equipe de transição da CQCT se reuniu com a indústria para conhecer seus planos para desenvolver produtos mais seguros.

Em 13 de outubro de 2000, a diretora-geral da OMS, Dra. Gro Brundtland, deu uma declaração reconhecendo as claras diferenças entre as prioridades da saúde pública e da indústria, mas afirmando que, mesmo assim, “nos comprometemos a escutar as propostas das empresas de tabaco para reduzir os danos causados por seus produtos”³¹.

a possibilidade de novos avanços foi reconhecida no considerando 21 do preâmbulo da CQCT

Produtos mais seguros só se tornariam disponíveis anos depois, mas a possibilidade de novos avanços foi reconhecida no *Recital 21* do preâmbulo da CQCT, no qual as Partes se declaram “determinadas a promover medidas de controle do tabaco fundamentadas em considerações científicas, técnicas e econômicas atuais e pertinentes”. Já em 2014, em um artigo sobre novos produtos de nicotina elaborado para a COP 6, a OMS afirmava que “a responsabilidade de provar cientificamente os benefícios dos ENDS deve continuar sendo da indústria”³².

Quinze anos após a chegada dos produtos para vapear ao mercado, quais são evidências da maior segurança dos PNMS? A segurança relativa dos PNMS se baseia em um simples fato científico: seu uso não implica a combustão do tabaco.



A combustão do tabaco é a diferença fundamental
Crédito: Gary Ellis em Unsplash

³¹ WHO Director-General's response to the tobacco hearings. 13 October 2000, p.3.

³² WHO. *Electronic nicotine delivery systems: report by the WHO*. WHO, 2014, FCTC/COP6/10-21 July 2014, para 35, p.10

Quando um cigarro é aceso, são liberadas cerca de 7 mil substâncias químicas responsáveis por todos os danos do tabagismo, cânceres e doenças cardíacas e respiratórias. Os fumantes fumam tabaco porque querem sentir os efeitos da nicotina, mas sofrem doenças e podem morrer devido às toxinas presentes na fumaça liberada quando o tabaco é queimado.

Os produtos de nicotina mais seguros fornecem a nicotina ao usuário sem a combustão do tabaco. Mas e a nicotina em si? A ignorância sobre a nicotina ainda persiste entre o público e os profissionais de saúde. Muitos acreditam equivocadamente que a nicotina em si é carcinogênica^{33, 34, 35}. Na verdade, como afirma o Royal College of Physicians do Reino Unido, “é amplamente aceito que os perigos da nicotina a longo prazo provavelmente são de mínima importância comparados aos danos associados ao uso continuado do tabaco”³⁶.

O “vício em nicotina” é uma preocupação citada com frequência. No entanto, “vício” é uma palavra impactante, que pode trazer à mente os sérios problemas causados pelo uso de drogas ilícitas para indivíduos, famílias e sociedade. A nicotina em si é uma substância relativamente benigna, usada nas terapias farmacológicas de substituição da nicotina, e não causa nenhuma das doenças associadas ao tabagismo. O uso da nicotina não representa o problema físico ou psicológico geralmente comunicado pela imagem pública da palavra “vício”³⁷.

O potencial de redução de danos dos produtos de nicotina não combustíveis já era reconhecido em 1976 pelo professor Michael Russel, um pesquisador britânico do tabaco, mas os produtos que poderiam cumprir a promessa não estavam disponíveis em formas aceitáveis para os fumantes na época. Mas agora estão, e as evidências de seus benefícios estão aumentando consideravelmente.

a segurança relativa dos PNMS se baseia em um simples fato científico: seu uso não implica a combustão do tabaco



Dispositivo para vapear com bobinas aquecidas.
Crédito: Boukaih em Unsplash

³³ Moysidou, A. et al. (2016). Knowledge and Perceptions about Nicotine, Nicotine Replacement Therapies and Electronic Cigarettes among Healthcare Professionals in Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph13050514>

³⁴ Ratschen, E. et al. (2009). Tobacco dependence, treatment and smoke-free policies: a survey of mental health professionals' knowledge and attitudes. *General Hospital Psychiatry*, 31(6), 576–582. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.08.003>

³⁵ Ramesh Patwardhan, S., & Murphy, M. A. (2013). Survey of GPs' understanding of tobacco and nicotine products. *Drugs and Alcohol Today*, 13(2), 119–150. <https://doi.org/10.1108/DAT-02-2013-0010>

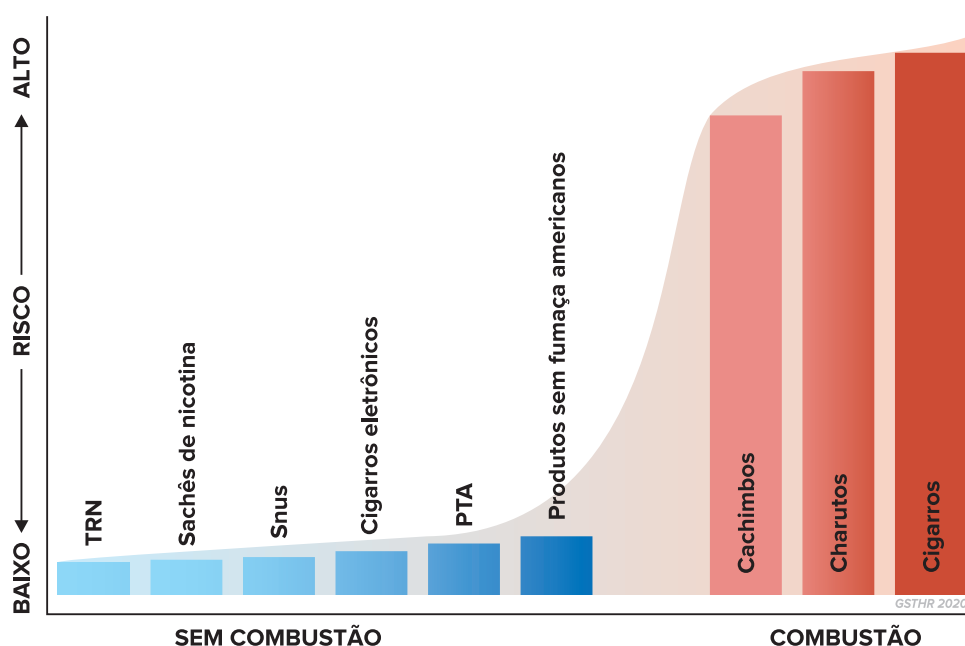
³⁶ Royal College of Physicians (RCP) (2016). *Nicotine without smoke; tobacco harm reduction. A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians*. <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction>

³⁷ *Tobacco Harm Reduction: A Burning Issue for Asia*. London: Knowledge Action Change (2021), p.18. <https://gsth.org/report/2021/burning-issue-for-asia/chapter-3>

A redução de danos do tabaco foi defendida pelo Royal College of Physicians do Reino Unido (RCP) no relatório “Redução de danos no vício em nicotina”, publicado em 2007³⁸. O relatório argumentava que “a redução de danos do tabagismo pode ser alcançada pela oferta de fontes mais seguras de nicotina, que sejam substitutos aceitáveis e eficazes dos cigarros”, e sugeria o potencial para reequilibrar o mercado em favor dos produtos de nicotina mais seguros³⁹.

Em 2017, ao declarar sua posição quanto aos produtos para vapear, o Royal College of General Practitioners do Reino Unido afirmou: “As evidências até esta data mostram que os cigarros eletrônicos têm níveis significativamente reduzidos de substâncias tóxicas importantes se comparados ao cigarro, com níveis médios de exposição bem abaixo dos limiares de risco”⁴⁰.

Em 2020, a Public Health England reafirmou sua conclusão anterior de que “vapear é pelo menos 95% menos nocivo do que fumar”⁴¹.



em 2020, o GSTHR calculou haver quase 100 milhões de usuários de produtos de nicotina mais seguros

Não apenas a base de evidências está crescendo, mas o mercado global também demonstra que, se tiverem acesso a produtos de nicotina mais seguros a preços razoáveis, os fumantes vão abandonar o cigarro e adotá-los. Em 2020, o GSTHR calculou haver quase 100 milhões de usuários de produtos de nicotina mais seguros, principalmente produtos para vapear, mas também produtos de tabaco aquecido e produtos orais como snus ao estilo sueco⁴².

A redução de danos do tabaco funciona

No relatório Questões Urgentes: O Estado Global da Redução de Danos do Tabaco 2020, apresentamos evidências epidemiológicas robustas do efeito de substituição em quatro países, onde os fumantes estão trocando os cigarros por produtos de nicotina mais seguros.

O uso do produto de tabaco oral snus é tradição na Suécia há centenas de anos, mas foi no século XX que seu processo de fabricação se tornou significativamente mais focado na segurança. Em 1996, o uso da nova versão pasteurizada de snus superou o tabagismo entre os homens. A Suécia agora tem o nível mais baixo de tabagismo

³⁸ Tobacco Advisory Group, Royal College of Physicians. *Harm reduction in nicotine addiction: helping people who can't quit*. London, RCP, 2007.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Royal College of General Practitioners *Position Statement on the use of electronic nicotine vapour products* (September 2017). <https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/Policy/2017/RCGP-E-cig-position-statement-sept-2017.ashx?la=en>

⁴¹ Public Health England (2020) *Vaping in England – 2020 evidence update summary*. <https://www.gov.uk/government/publications/vaping-in-england-evidence-update-march-2020/vaping-in-england-2020-evidence-update-summary>

⁴² *Burning Issues: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2020*. Knowledge-Action-Change, 2020, p.51–53. <https://gsth.org/report/2020/burning-issues/chapter-2#windowsopportunity>

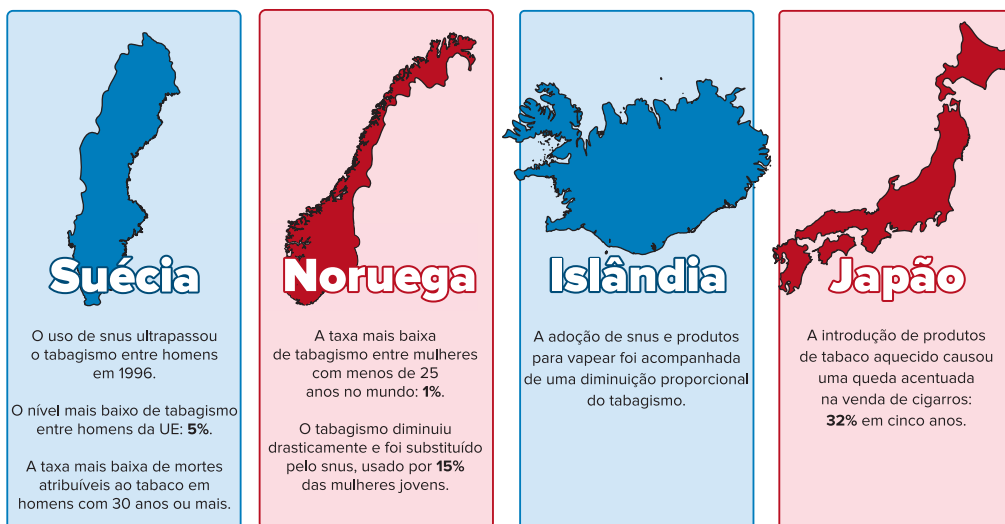
entre homens da UE: 5%, comparado à média europeia de 24%. A Suécia também exibe a mais baixa taxa de morte por 100.000 pessoas atribuível ao tabaco em homens acima de 30 anos. Se a proibição de snus fosse revogada na UE, calcula-se que poderiam ser evitadas cerca de 320.000 mortes prematuras relacionadas ao tabaco entre homens acima de 30 anos a cada ano⁴³.

Com mero 1%, a Noruega tem a taxa mais baixa de tabagismo entre mulheres abaixo de 25 anos do mundo. Isso se deve à substituição dos cigarros por snus, usados por 15% das mulheres jovens. De modo geral, o uso de snus está substituindo o tabagismo em todo o país.

Um quadro semelhante é visto na Islândia, onde a adoção de snus e produtos para vapear foi acompanhada pela queda do tabagismo.

No Japão, a introdução de produtos de tabaco aquecido causou reduções drásticas na venda de cigarros, da ordem de 32% em cinco anos. Os produtos de tabaco aquecido agora respondem por um terço das vendas de tabaco⁴⁴.

A redução de danos do tabaco em ação



Fonte: Comissão Europeia. (2021). Special Eurobarometer 506: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes (S2240_506_ENG). Comissão Europeia. http://data.europa.eu/88u/dataset/S2240_506_ENG; Statistics Norway. (2021). Tobacco, alcohol and other drugs. SSB. <https://www.ssb.no/en/helse/helseforhold-og-levevaner/statistikk/royk-alkohol-og-andre-rusmidler>; Japanese domestic cigarette monthly sales results (Information by Business Segment). (2020). Japan Tobacco Inc. https://www.jt.com/investors/results/S_information/domestic_cigarette/index.html

E como a OMS, seus financiadores e ONG aliadas reagiram a essas tecnologias disruptivas e às oportunidades que elas apresentam de fazer um progresso mais tangível na redução das mortes e doenças do tabagismo?

⁴³ Lars Ramström, Institute for Tobacco Studies, Sweden. Poster for the Global Forum on Nicotine 2017, quoted in *No Fire, No Smoke: Global State of Tobacco Harm Reduction 2018*. KAC: 2018, p.50 <https://gsth.org/resources/item/no-fire-no-smoke-global-state-tobacco-harm-reduction-2018>

⁴⁴ Para obter mais detalhes e referências completas, consulte: Knowledge-Action-Change. *No Fire, No Smoke: Global State of Tobacco Harm Reduction 2018*. KAC: 2018, pp.45-50 <https://gsth.org/resources/item/no-fire-no-smoke-global-state-tobacco-harm-reduction-2018>, Knowledge-Action-Change. *Burning Issues: Global State of Tobacco Harm Reduction, 2020*. KAC: 2020, pp.51-53 <https://gsth.org/report/2020/burning-issues/chapter-2#windowsopportunity>

5: Guerra de trincheiras: os aliados e financiadores da OMS

Um novo front se abre

A história do controle nacional e internacional do tabaco foi dominada por tentativas de refrear o poder da indústria do tabaco e expor suas inúmeras estratégias para enfraquecer leis e regulações. O consumo de cigarros vem caindo nos PRA nas últimas décadas; mesmo assim, o valor global do mercado de cigarros deve continuar crescendo expressivamente, principalmente devido às vendas nos PRMB. A batalha contra os produtos combustíveis está longe de acabar, e retroceder é impensável. Mas agora existem estratégias alternativas.

o potencial da RDT pode ser plenamente realizado se a comunidade do controle internacional do tabaco, liderada pela OMS, for capaz de diferenciar os produtos de tabaco combustível e não combustível em suas deliberações sobre legislação e políticas

A RDT pode desempenhar um papel complementar no controle do tabaco e na redução do consumo de cigarros. Seu potencial pode ser plenamente realizado se a comunidade do controle internacional do tabaco, liderada pela OMS, for capaz de diferenciar os produtos de tabaco combustível e não combustível em suas deliberações sobre legislação e políticas.

Atualmente, todos os produtos de nicotina são considerados igualmente perigosos por muitas das forças poderosas do controle internacional do tabaco, justificando a proibição total ou a regulação estrita, como a dos produtos de tabaco combustível. Essa abordagem isenta o controle do tabaco da necessidade de questionar uma mentalidade política profundamente arraigada, além de permitir a abertura de um novo front na guerra contra a indústria do tabaco, que serve a certos interesses morais e financeiros ocultos.

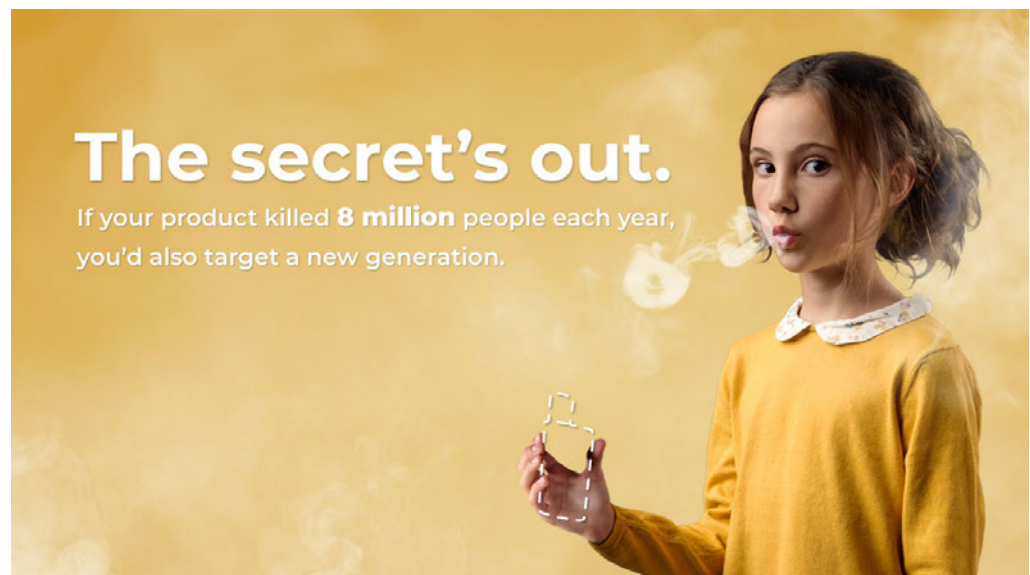


Imagem de uma criança supostamente vapeando. Ver a pg. 37 para mais exemplos do uso de crianças em campanhas da OMS. Fonte: WHO World No Tobacco Day 2020

Apesar das deficiências das estratégias atuais de redução do tabagismo, especialmente nos PRMB, e da escassez global de serviços de cessação, torna-se cada vez mais evidente que:

- » Não obstante a formulação e a intenção originais da CQCT, as metas legislativas e políticas se deslocaram do tabaco e do tabagismo para uma postura estritamente proibicionista em relação à nicotina, independentemente do mecanismo de consumo.
- » As campanhas e o financiamento anti-RDT se concentram em evitar que os jovens comecem a usar a nicotina, um foco que tem a vantagem de torná-las imunes

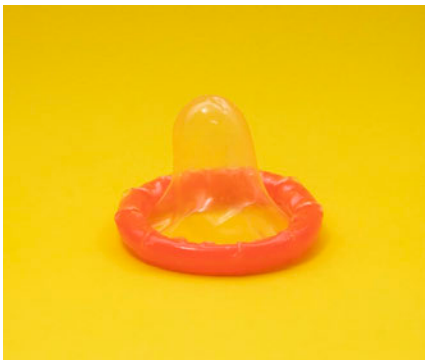
à qualquer crítica política. Ao mesmo tempo, é impossível avaliar seus resultados sem estudos dispendiosos de longo prazo. Os requisitos de processos e atividades podem ser considerados satisfeitos, enquanto os efeitos mensuráveis para a saúde são convenientemente esquecidos.

- » A pauta proibicionista sugere a conclusão moralista de que os fumantes adultos atuais só podem culpar a si mesmos, e lhes deixa como única opção “parar ou morrer”.
- » Ao semear dúvida e confusão na mente dos fumantes, profissionais de saúde, meios de comunicação e sociedade como um todo sobre a relativa segurança dos PNMS e seu potencial para auxiliar os fumantes adultos a adotar outras formas de consumir nicotina, a OMS e seus aliados se valem da antiga cartilha da indústria do tabaco.

Como isso se manifesta na prática? Há quatro instâncias principais: o Secretariado da CQCT, a TFI da OMS, as ONG anti-RDT e a Bloomberg Philanthropies. Embora sejam mencionadas individualmente a seguir, elas formam uma densa rede interdependente de influência sobre as Partes da CQCT e suas políticas de controle do tabaco.

O secretariado da CQCT: o controle do tabaco fora de controle

A oposição total do Secretariado da CQCT à redução de danos do tabaco é uma fonte de frustração considerável para os indivíduos versados na redução de danos e em sua implementação em outras áreas das políticas de saúde. A redução de danos está no cerne das políticas da OMS para reduzir as mortes e doenças causadas pelo HIV e pelo uso de drogas injetáveis. A OMS apoia explicitamente a implementação de programas de redução de danos, incluindo a distribuição de preservativos e agulhas limpas e a oferta de terapias de substituição de opioides para dependentes de heroína e outros opiáceos⁴⁵.



Preservativo. Crédito: Reproductive Health Supplies Coalition em Unsplash Seringas.
Crédito: John Cameron em Unsplash Terapia de substituição de opioides.
Crédito: Josh Estey, AusAID em Wikimedia Commons

A OMS estima que haja 11 milhões de usuários de drogas injetáveis no mundo todo, e que o uso de drogas injetáveis seja responsável por 10% de todos os novos casos de HIV⁴⁶. Existe 1,1 bilhão de fumantes em todo o mundo, oito milhões de pessoas morrem por ano de doenças relacionadas ao tabagismo, e estima-se que 14% de todas as mortes por DNT em adultos com mais de 30 anos estejam relacionadas ao tabaco.

Apesar do imenso potencial de ganhos significativos para a saúde pública na luta para reduzir as mortes e doenças relacionadas ao tabagismo, que afetam milhões de pessoas no mundo todo, aparentemente não é feita nenhuma ligação entre a abordagem pragmática e não moralista da OMS à redução de danos na questão do HIV e uso de drogas injetáveis e a postura adotada quanto ao tabaco.

não é feita nenhuma ligação entre a abordagem pragmática e não moralista da OMS à redução de danos na questão do HIV e uso de drogas injetáveis e a postura adotada quanto ao tabaco

⁴⁵ WHO Regional Office For Europe, Policy guidance by HIV intervention area: harm reduction <https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/policy/policy-guidance-for-areas-of-intervention/harm-reduction>

⁴⁶ WHO, Global HIV, Hepatitis and STI Programmes: People who inject drugs <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/people-who-inject-drugs>

embora o Secretariado da CQCT tenha seu escritório na sede da OMS, esta não tem controle direto na sua gestão, e tampouco se sabe com clareza quem o tem

Como isso aconteceu? Quaisquer que sejam as estruturas formais, na realidade, o Secretariado influencia fortemente o fluxo de informações de fontes externas para a COP, orientando quais propostas são incluídas na pauta e como são formuladas.

Reiterando, embora o Secretariado da CQCT tenha seu escritório na sede da OMS, esta não tem controle direto na sua gestão, e tampouco se sabe com clareza quem o tem. Combinado à diminuição do interesse no controle do tabaco demonstrada pelas Partes e, mais recentemente, ao foco da OMS na COVID, isso permitiu que “elementos nocivos” dentro da CQCT (nas palavras de um correspondente) imprimissem um viés proibicionista anti-RDT nas deliberações da Convenção. Isso fica evidente nos artigos apresentados em diversas reuniões da COP.

A COP e a história dos PNMS

A OMS considerou os ENDS pela primeira vez em 2010, com um exercício de consulta regulatória antes da COP 4. O relatório enviado à COP recomendava extrema cautela em relação a esses novos produtos.

Outro relatório foi solicitado para a COP 5, em 2012. Este recomendava que os novos produtos não deviam ser considerados alternativas mais seguras aos produtos de tabaco combustível.

Quando o artigo seguinte foi preparado para a reunião da COP de 2014, ficou claro que o documento solicitado pelo Secretariado da CQCT não via benefícios em incentivar a mudança para produtos para vapear. Isso era considerado totalmente contrário ao espírito e ao texto da CQCT, na medida em que “por mais que o uso medicinal da nicotina seja uma opção de saúde pública conforme o tratado, seu uso recreativo não é uma opção”⁴⁷.



Diversos dispositivos e líquidos para vapear.
Crédito: Antonin FELS em Unsplash

A reunião da COP de 2016 teve mais comentários positivos sobre a RDT e o potencial dos ENDS. Baseada em grande parte em um relatório do TobReg⁴⁸, a decisão da COP 7 foi de “saudar” o relatório, que incluía a seguinte declaração: “Se a grande

⁴⁷ WHO. *Electronic nicotine delivery systems: report by WHO*. Prepared for FCTC/COP 6, September 2014, p. 10. See also: [https://www.who.int/publications/m/item/background-papers-to-the-who-report-on-electronic-nicotine-delivery-systems-and-electronic-non-nicotine-delivery-systems-\(ends-ennds\)](https://www.who.int/publications/m/item/background-papers-to-the-who-report-on-electronic-nicotine-delivery-systems-and-electronic-non-nicotine-delivery-systems-(ends-ennds)) (2016); [https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8\(22\).pdf](https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8(22).pdf) (2018)

⁴⁸ FCTC/COP/7/11 Report: *Electronic Nicotine Delivery Systems and Electronic Non-Nicotine Delivery Systems (ENDS/ENNDS): Report by WHO* https://www.who.int/fctc/cop7/FCTC_COP_7_11_EN.pdf

maioria dos fumantes de tabaco que não conseguem ou não querem parar de fumar passassem sem demora a utilizar uma fonte alternativa de nicotina com menos riscos à saúde e, por fim, parassem totalmente de usá-la, isso representaria uma conquista significativa para a saúde pública contemporânea⁴⁹. A decisão descreve diversas opções para a regulação dos ENDS.

Infelizmente, as recomendações eram precedidas por uma declaração sobre a proibição de produtos, sugerindo ser esta a opção preferencial em termos de política. Um artigo muito sucinto de 2018 simplesmente reiterava os pontos do artigo anterior para consideração das Partes.

Produtos de nicotina mais seguros na COP 9

Dois novos artigos sobre produtos de nicotina mais seguros foram preparados para a COP 9 e publicados com intervalo de alguns dias em julho de 2021. O primeiro, de autoria da OMS, leva o título de “Relatório abrangente das pesquisas e evidências sobre novos e emergentes produtos de tabaco, especialmente produtos de tabaco aquecido”⁵⁰. O segundo, de autoria do Secretariado da Convenção, descreve “Desafios e classificação de novos e emergentes produtos de tabaco”⁵¹. Ambos os relatórios têm como foco o tabaco aquecido e os ENDS (sem menção a snus e sachês de nicotina).



Dispositivo de tabaco aquecido.
Fonte: Wikimedia Commons

Entretanto, a publicação da Pauta Preliminar para a COP 9 revelou que “o Bureau (tinha) decidido que (estes dois) relatórios (...) deveriam ser apresentados apenas para fins informativos, e que as discussões relevantes sobre a matéria deveriam ser postergadas até a COP 10”⁵². Se uma ou mais Partes desejarem discutir os artigos, isso pode ser proposto, mas a discussão pode ter que esperar até a COP 10 em 2023.

Nenhum dos artigos admite que os produtos discutidos possam desempenhar algum papel na redução da carga de mortes e doenças relacionadas ao tabagismo.

⁴⁹ FCTC/COP/7/9 Decision: *Electronic nicotine delivery systems and electronic non nicotine delivery systems* https://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP7_9_EN.pdf?ua=1

⁵⁰ FCTC/COP/9/9 *Comprehensive report on research and evidence on novel and emerging tobacco products, in particular heated tobacco products, in response to paragraphs 2(a)–(d) of decision FCTC/COP8(22): report by WHO.* https://untobaccocontrol.org/downloads/cop9/main-documents/FCTC_COP9_9_EN.pdf

⁵¹ FCTC/COP/9/10 *Challenges posed by and classification of novel and emerging tobacco products: report by Convention Secretariat* https://untobaccocontrol.org/downloads/cop9/main-documents/FCTC_COP9_10_EN.pdf

⁵² FCTC COP 9 *Provisional agenda annotated* https://untobaccocontrol.org/downloads/cop9/main-documents/FCTC_COP_9_1_annotated_EN.pdf

Também é importante mencionar o grupo de estudos sobre a regulação de produtos de tabaco, conhecido como TobReg. Trata-se de um comitê consultivo científico que já elaborou alguns relatórios úteis. No entanto, seu último relatório (2021)⁵³ contém uma série de recomendações que reforçam a intransigência geral da OMS em relação aos PNMS e são hostis à ideia de que estes podem oferecer benefícios à saúde pública no enfrentamento da epidemia do tabagismo. O texto usa aspas ao se referir à redução de danos, citando “alegações” e uma “suposta convicção” de que os danos sejam menores. O verbo “poder” é utilizado com frequência, por exemplo, ao afirmar que os jovens “podem” ser atraídos pelos sabores dos líquidos para cigarros eletrônicos e “podem” passar a fumar cigarros combustíveis, sem oferecer evidências substanciais que comprovem tais afirmações. Também há referências irônicas às lojas-conceito “glamurosas” do IQOS⁵⁴.

Diretrizes

O método de ataque mais agressivo e deliberado aos apoiadores da RDT é a interpretação excessivamente ampla das diretrizes do artigo 5.3. Tendo em conta o momento da redação da CQCT e o histórico da indústria do tabaco, a formulação do artigo original era perfeitamente razoável:

“In setting and implementing their public health policies with respect to tobacco control, Parties shall act to protect these policies from commercial and other vested interests of the tobacco industry in accordance with national law.”

É importante observar que, mesmo no contexto de uma convenção de “boa-fé”, as diretrizes da CQCT são propostas não vinculativas, meros guias para assistir as Partes na implementação de suas obrigações em vários artigos. Elas não ampliam as obrigações da CQCT e tampouco constituem uma interpretação subsequente desta. Esta é a base para a concordância das Partes na adoção das diretrizes.

Como parte do processo de formulação das orientações não vinculativas para a interpretação do artigo 5.3, foi instituído o Grupo de Trabalho da COP Sobre o Artigo 5.3, formado por dois representantes de cada região da OMS. O Grupo de Trabalho deveria apresentar propostas para a reunião da COP 3 de 2008 em Durban. Assim como grande parte da CQCT, as diretrizes do artigo 5.3 tinham por objetivo principal auxiliar os PRMB. Na UE, por exemplo, os princípios e diretrizes já estavam em vigor.

O objetivo principal era detalhar a proposta de limitar ao máximo o contato entre os governos e a indústria e garantir que suas relações fossem o mais abertas e transparentes possível. Enquanto algumas Partes propunham disposições mais rígidas e outras pediam um toque mais leve, o Principal Facilitador buscava produzir um documento equilibrado e proporcional. A intenção nunca foi usar as diretrizes para excluir a indústria – ou quem quer que fosse – das discussões sobre o uso do tabaco e produtos de tabaco, tanto no nível nacional quanto internacional.

Porém, embora as disposições das diretrizes do artigo 5.3 ainda possam ser consideradas razoáveis, o Princípio Norteador agora se encontra desatualizado:

“Existe um conflito fundamental e irreconciliável entre os interesses da indústria do tabaco e os interesses das políticas de saúde pública.”

À luz de uma nova geração de produtos de nicotina demonstravelmente mais seguros, desenvolvidos tanto por empresas multinacionais quanto por um contingente significativo de fabricantes de pequeno e médio porte no mundo todo, este deixou de ser um princípio sustentável.

A concepção tradicional da guerra contra o tabaco não pode mais ser defendida à luz dessa disrupção. Qual foi a resposta do controle internacional do tabaco? Subverter e ampliar deliberadamente a interpretação do artigo 5.3 do conceito de “indústria do tabaco”, de modo a incluir automaticamente quaisquer empresas, ONG, acadêmicos,

a intenção nunca foi usar as diretrizes para excluir a indústria – ou quem quer que fosse – das discussões sobre o uso de tabaco e os produtos de tabaco, tanto no nível nacional quanto internacional.

⁵³ WHO. WHO study group on tobacco product regulation. WHO, 2021. <https://www.who.int/publications/item/9789240022720>

⁵⁴ Ibid. p54. See also a summary of the group's recommendations on SNP to the WHO Executive Board which are highly damaging to the progress of THR. <https://www.clivebates.com/documents/APPGVapingFeb2021.pdf> p.19



Imagem de porções de snus.
Fonte: Wikimedia Commons

grupos de consumidores ou médicos que apoiem a RDT. As diretrizes têm sido utilizadas por agências estatais e não estatais do mundo todo para silenciar e atacar a redução de danos do tabaco e seus proponentes.

as diretrizes têm sido utilizadas por agências estatais e não estatais do mundo todo para silenciar e atacar a redução de danos do tabaco e seus proponentes.

Artigo 5.3 – Repercussões das diretrizes

Ironicamente, embora as diretrizes apelem para que as relações com a indústria sejam abertas e transparentes, o mesmo não pode ser dito sobre a condução da reunião da COP. Com o passar do tempo, a COP se tornou uma mera caixa de ressonância, na qual vozes discordantes são abafadas pela interpretação demasiadamente ampla das diretrizes do artigo 5.3.

Durante as reuniões iniciais de negociação da CQCT em 2000-2003, a galeria pública esteve aberta a todos que quisessem observar as deliberações. O mesmo ocorreu nas três primeiras reuniões da COP. Com o passar do tempo, o público geral, incluindo os meios de comunicação, foi excluído de todas as plenárias por decisão das Partes, com exceção da abertura. Isso diverge da forma como as reuniões de outras agências da ONU são conduzidas, incluindo a Comissão para os Direitos Humanos, a Comissão de Narcóticos e, como já citado, a reunião da COP sobre Mudança Climática.



Segurança uniformizado nas Nações Unidas.
Crédito: Manuel Elias, via UN Photo em flickr

exceto pelo Conselho de Segurança, qualquer tentativa da ONU de conduzir reuniões desta forma não seria tolerada por diplomatas e representantes governamentais

Exceto pelo Conselho de Segurança, qualquer tentativa da ONU de conduzir reuniões desta forma não seria tolerada por diplomatas e representantes governamentais. O financiamento das reuniões da ONU e da OMS se dá com dinheiro público doado pelas Partes, exigindo transparência e clareza nas responsabilidades. A falta de transparência da COP deve ser questionada junto aos órgãos governamentais competentes.

O nível absurdo de paranoia e insegurança que cerca a COP chegou ao auge em 2014, quando um representante da Organização Internacional de Polícia Criminal (Interpol) foi impedido de participar da reunião porque a Interpol havia recebido fundos de uma empresa de tabaco para combater o mercado ilícito de cigarros⁵⁵.

Alguns acreditam que tal insistência quanto ao sigilo seja uma exigência de delegações de diferentes ministérios da saúde, com receio da exposição, a fim de evitar a oposição ao controle do tabaco em seus países. Mas isso também revela uma postura condescendente em relação aos PRMB de que seus delegados precisam de “proteção” especial contra a influência da indústria.

O fato de que o Secretariado da CQCT exerce um poder excessivo no universo da CQCT/COP é inegável. Resta ainda a questão de como a OMS opera contra a RDT no mundo como um todo.

A Iniciativa Livre do Tabaco da OMS

a disseminação de informações totalmente falsas sobre os produtos de nicotina mais seguros é profundamente perturbadora, dada a confiança do público nas informações sobre saúde divulgadas pela OMS

A TFI é a face pública dos esforços da OMS para o controle do tabaco. Ela impulsiona o esforço combinado da OMS e do Secretariado da CQCT contra a RDT, que inclui pronunciamentos, relatórios, canais em redes sociais, prêmios, eventos e recursos on-line. A disseminação de informações totalmente falsas e sem nenhuma evidência robusta sobre os PNMS em todos esses meios de comunicação é profundamente perturbadora, dada a confiança do público nas informações sobre saúde divulgadas pela OMS. Estes são apenas três dos muitos exemplos:

Em 2019, a *Lancet* publicou um artigo do diretor-geral da OMS recheado de informações falaciosas, baseadas em estudos de baixa qualidade escolhidos a dedo sobre as “emissões tóxicas” dos dispositivos para vapear, os riscos de ataques cardíacos e danos pulmonares, anomalias fetais e comprometimento do desenvolvimento cerebral, concluindo que “os ENDS são sem dúvida alguma perigosos” e devem ser regulados ao máximo⁵⁶.

Em 20 de janeiro de 2020, a OMS publicou uma página de Perguntas e Respostas sobre os ENDS. As respostas às nove perguntas foram fortemente criticadas nas redes sociais. Cerca de 10 dias depois, a página foi atualizada sem nenhuma notificação de alterações ou reconhecimento de qualquer erro. A própria versão atualizada era



Tubo de ensaio com diversos dispositivos para vapear. Crédito: CDC em Unsplash

⁵⁵ WHO (2014). *Report of the sixth session of the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Section 2.20, page 7. https://www.who.int/fctc/cop/sessions/COP6_report_FINAL_04122014.pdf

⁵⁶ Tedros Adhanom Ghebreyesus (2019) Progress in beating the tobacco epidemic. *Lancet* July 26, 2019 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31730-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31730-1)

repleta de informações falsas ou enganosas, erros factuais, exageros e simplificações excessivas quanto a riscos, dependência, danos pulmonares, perigo para não fumantes e auxílio à cessação⁵⁷.

Talvez o exemplo mais grave seja o último Relatório sobre a Epidemia Global do Tabaco, publicado pela OMS em julho de 2021. Com o subtítulo “Abordando produtos de tabaco novos e emergentes”, é a primeira edição do relatório a dedicar um capítulo inteiro aos PNMS. O relatório abre com declarações em página inteira afirmando que “os ENDS devem ser estritamente regulados a fim de proteger ao máximo a saúde pública”, e a afirmação igualmente falsa de que “crianças e adolescentes que usam ENDS podem ter risco duas vezes maior de se tornarem fumantes”. O uso de imagens de “crianças” é especialmente perturbador. Exceto uma, todas as fotos coloridas do relatório de 200 páginas incluem uma criança pequena. Ainda pior, imagens obtidas no lançamento do relatório da OMS retratavam dois jovens supostamente vapeando, enquanto uma terceira parece mostrar um bebê estendendo a mão para um dispositivo para vapear.

as imagens retratam dois jovens vapeando, e uma terceira parece mostrar um bebê estendendo a mão para um dispositivo para vapear



Imagens do lançamento virtual público do Relatório sobre a Epidemia Global do Tabaco 2021 da OMS.

Ao discutir o uso de mão de obra infantil no plantio do tabaco, a OMS faz referências frequentes à Convenção sobre os Direitos da Criança da ONU, mas ela mesma deveria dar mais atenção ao artigo 36, que afirma que “Os Estados Partes protegerão a criança contra todas as formas de exploração, por exemplo, a exploração de crianças para fins políticos, pelos meios de comunicação ou para estudos médicos”⁵⁸.

A ênfase nas crianças e jovens é o exemplo mais óbvio da influência de um terceiro grupo: as ONG, especialmente a organização Campaign for Tobacco Free Kids (CTFK), com sede nos Estados Unidos.

Organizações não governamentais (ONG)

Historicamente, os ativistas antitabagismo dos EUA tiveram sucesso considerável contra a indústria do tabaco. Eles uniram forças com governos estaduais para produzir o Master Settlement Agreement e fizeram campanha por todos os elementos que vemos nas políticas de controle do tabaco no mundo todo: publicidade, proibição do fumo em locais públicos, advertências nos rótulos de cigarros etc.

As ONG antitabagismo também tiveram grande influência no processo de negociação da CQCT, o que causou desconforto a pelo menos um membro da delegação americana, Greg Jacob, que descreveu o processo de negociação da CQCT como “profundamente falho”⁵⁹.

A negociação da CQCT foi a primeira vez que a OMS esteve envolvida na elaboração preliminar de um tratado internacional no campo da saúde. Muitos delegados eram ministros da saúde, incluindo diversos médicos. Coletivamente, porém, eles sabiam pouco ou nada sobre as leis internacionais e o processo de negociação de tratados. Nas palavras de Jacob, a CTFK e a US Action on Smoking and Health (ASH) entraram

⁵⁷ To read the full account and the resulting trenchant criticism, see: <https://www.clivebates.com/world-health-organisation-fails-at-science-and-fails-at-propaganda-the-sad-case-of-whos-anti-vaping-qa/>

⁵⁸ The United Nations Convention on the Rights of the Child (1989), p.10, accessed at UNICEF website: https://www.unicef.org.uk/wp-content/uploads/2010/05/UNCRC_united_nations_convention_on_the_rights_of_the_child.pdf,

⁵⁹ Jacob, G. (2018). *Administering the mark of Cain: secrecy and exclusion in the FCTC implementation process*. *Fordham International Law Journal*: 41 (3), p.669-696

em campo e, unindo-se a outras ONG, formaram a Aliança da Convenção Quadro (ACQ). Jacob afirmou:

“... os consultores das ONG não agiam como assessores jurídicos isentos, e mais de uma delegação foi iludida por uma versão muitas vezes distorcida da verdade”.

Em um prenúncio das polêmicas em torno do artigo 5.3, Jacob descreveu as discussões sobre a definição de “publicidade e promoção do tabaco”. Estava claro para ele e para a maioria dos delegados nas reuniões que a definição era ridiculamente ampla:

“Foi preciso um pequeno milagre simplesmente para incluir a palavra ‘comercial’ na definição... pois muitos membros (dos grupos regionais da OMS) queriam que esta englobasse o discurso não comercial por entidades e indivíduos fora da indústria do tabaco”.

alguns representantes o seguiam, tentando escutar suas conversas ao telefone

Foi durante essas negociações que as ONG adotaram táticas que só podem ser descritas como infantis. Jacob afirma que alguns representantes o seguiam, tentando escutar suas conversas ao telefone. Esse comportamento continuou em reuniões posteriores da COP, com incursões-surpresa para tirar fotos dos representantes da indústria presentes no local, que depois eram incluídas em um pôster. Um observador da indústria foi literalmente seguido dentro do banheiro. Indivíduos foram identificados e constrangidos publicamente, e o Prêmio Cinzeiro Sujo foi concedido a delegações que estariam supostamente obstruindo o progresso das negociações.

Desde o advento dos PNMS, a influência das ONG ocidentais sobre o controle internacional do tabaco tem se tornado cada vez mais hostil aos interesses da saúde pública global.

desde o advento dos PNMS, a influência das ONG ocidentais sobre o controle internacional do tabaco tem se tornado cada vez mais hostil aos interesses da saúde pública global.

Pelo menos nos EUA, ONG como a CTFK estavam se tornando vítimas do próprio sucesso. As vitórias jurídicas contra a indústria do tabaco, o endurecimento da regulação do tabagismo e o declínio do número de fumantes adultos e adolescentes esvaziaram a missão da CTFK.

A chegada dos dispositivos para vapear em 2006-2007 foi uma dádiva dos céus para os interessados em perpetuar a guerra contra o velho inimigo. Para manter viva a organização, era imperativo que a nova situação fosse vista inteiramente pelo prisma das batalhas do passado. E qual a melhor forma de fazer isso? Afirmar que os novos produtos não eram mais seguros do que o cigarro, e talvez até mais perigosos. A indústria do tabaco estava apenas ampliando seu arsenal em uma nova tentativa de viciar os jovens, desta vez para compensar a queda nas vendas de cigarros. Dada sua missão, a CTFK não precisava se preocupar com os fumantes adultos. Mas suas atividades não estavam apenas disseminando informações falsas aos jovens: seu poderoso lobby estava pressionando políticos para que agissem em detrimento da comunidade de fumantes adultos em risco.



Uma pilha de notas de US\$ 100.
Crédito: Giorgio Trovato em Unsplash

Mesmo assim, uma campanha baseada somente nos EUA corria o risco de perder força. Mas então, com um investimento maciço da Bloomberg Philanthropies, a Campaign for Tobacco-Free Kids subitamente tornou-se capaz de obter alcance global. A organização agora podia agir internacionalmente, defender proibições e regulações estritas e utilizar seu sofisticado programa de “criancificação” para solapar a base de evidências dos PNMS como opção de redução de danos para fumantes adultos.

Muitos PRA, como os países europeus (vinculados à Diretiva de Produtos de Tabaco da UE), EUA, Austrália, Nova Zelândia, Japão, Canadá e outros já tinham regulações em vigor. ONG ocidentais, como a CTFK e a União Internacional contra a Tuberculose e Doenças Pulmonares (The Union), voltaram-se para os PRMB. A mensagem central divulgada através de webinars, comunicados de imprensa e outros meios de comunicação era: não se deem ao trabalho de tentar tomar as próprias decisões sobre esses produtos. A OMS afirma que nenhum deles têm mérito. Todos são prejudiciais e, portanto, devem ser proibidos. Isso possibilitou a muitos ministérios da saúde promulgar leis, mesmo com poucos recursos para aplicá-las, e declarar a questão resolvida.

com um investimento maciço da Bloomberg Philanthropies, a Campaign for Tobacco-Free Kids subitamente tornou-se capaz de obter alcance global



Union Position Paper on E-cigarettes and HTP sales in LMICs. (n.d.). The Union. Retrieved 20 July 2020, <https://theunion.org/technical-publications/union-position-paper-on-e-cigarettes-and-htp-sales-in-lmics> (accessed November 2020)

Essa abordagem é problemática em pelo menos dois aspectos:

1. A imposição de políticas de controle do tabaco “pré-fabricadas” não leva em conta os interesses de saúde pública da população (e pode ser comparada à política externa neoconservadora de “construção da democracia” dos EUA). Isto acontece principalmente em PRMB, onde vivem e morrem a maioria dos fumantes, pessoas que poderiam claramente se beneficiar de PNMS acessíveis, apropriados e aceitáveis.
2. O foco parece ter se deslocado para a vitória em batalhas políticas e a pressão por mudanças de legislação, não importando se farão alguma diferença real nas mortes e doenças causadas pelo tabagismo nesses países (o que é pouco provável). O único elemento que parece ter impacto no uso é a taxação, que acaba por empurrar os indivíduos com menos renda e mais risco para o mercado ilícito.

Documentos vazados da CTFK revelaram uma estratégia global que inclui pressão política, campanhas, assistência jurídica, saúde pública e treinamento em mídia, com o objetivo ditar as políticas de controle do tabaco de muitos PRMB, no lugar de simplesmente apoiá-las⁶⁰.

a imposição de políticas de controle do tabaco “pré-fabricadas” não leva em conta os interesses de saúde pública da população.

⁶⁰ Minton, M. (2021), *Exposed: Bloomberg's anti-tobacco meddling in developing countries*. <https://cei.org/blog/exposed-bloombergs-anti-tobacco-meddling-in-developing-countries/>. However, the full extent of CTFK involvement was revealed by documents leaked to Minton.

uma ONG com sede nos EUA e voltada para a prevenção do tabagismo entre adolescentes americanos passou a exercer atividades de controle do tabaco de grande alcance em vastas regiões da América Latina, Ásia e África

Assim, uma ONG com sede nos EUA e voltada para a prevenção do tabagismo entre adolescentes americanos passou a exercer atividades de controle do tabaco de grande alcance em vastas regiões da América Latina, Ásia e África. Como? E como a TFI da OMS continuou a operar com a redução nas doações após a crise financeira de 2007-08 e, agora, com a pandemia global?

Isso nos leva a um quarto elemento: a Bloomberg Philanthropies.

Bloomberg Philanthropies

Desde a virada do século XX, grandes fundações privadas americanas, como a Rockefeller, a Carnegie e a Ford, têm distribuído milhões de dólares para financiar atividades de todos os tipos, incluindo pesquisas científicas e médicas, inovações tecnológicas, educação, artes e movimentos culturais.

Atualmente, a fundação estabelecida por Bill e Melinda Gates (BMGF) é a mais rica e mais famosa. A BMGF também faz doações para programas educacionais dentro dos EUA, mas é mais conhecida por seu trabalho no combate a doenças transmissíveis como a malária em outros países.

Ao contrário de suas predecessoras, a BMGF tem se mantido à frente do que os economistas Matthew Bishop e Michael Green denominam “filantropocapitalismo”⁶¹. Esse fenômeno tem duas características. Primeira: a organização é gerida de forma semelhante a uma empresa com fins lucrativos, por exemplo, com o estabelecimento de metas para seus programas e, muitas vezes, microgerenciamento de processos. A segunda é, em termos vulgares: “se tirarmos as pessoas da pobreza e as tornarmos saudáveis, elas consumirão mais nossos produtos”. Bill Gates deixou isso claro em um artigo para a revista Time em 2008⁶².

se tirarmos as pessoas da pobreza e as tornarmos saudáveis, elas consumirão mais nossos produtos

Independentemente do modelo de negócios, a natureza das fundações privadas americanas gera preocupação por vários motivos. O primeiro diz respeito a questões de responsabilidade e transparência. Elas são obrigadas por lei a apresentar documentos fiscais com informações básicas, mas não precisam prestar contas a ninguém além de um pequeno número de conselheiros. Alguns sites divulgam detalhes sobre os montantes distribuídos, mas o processo de tomada de decisões em relação aos subsídios não é revelado ao público. A segunda questão é até que ponto esses fundos contribuem para a erosão do financiamento público para a educação e o bem-estar social. Por último, há receio quanto à procedência do dinheiro das fundações; por exemplo, a Microsoft foi alvo de diversas ações antitruste nos anos 80 e 90.

Alguns desses temores também se aplicam à Bloomberg Philanthropies (BP), mas nem todos. Como prefeito de Nova York, Bloomberg, um ex-fumante, foi responsável por algumas políticas radicais de controle do tabaco na cidade. Combinado ao seu ódio pela indústria do cigarro, ele foi convencido por seu assessor para o controle do tabaco, Tom Frieden, a apoiar o esforço global para reduzir as mortes e doenças do tabagismo com seu patrimônio considerável.

Depois da entrada em vigor da CQCT em 2005, as Partes iniciaram sua implementação, mas não havia dinheiro para o tipo de coleta e monitoramento de dados necessário para determinar o progresso na realização dos objetivos da Convenção.

Bloomberg não escondia sua descrença quanto à capacidade da ONU e suas agências de alcançar resultados em um prazo razoável. Em paralelo ao Secretariado da CQCT, que estava coletando seus próprios dados junto às Partes, a Iniciativa Bloomberg, agora sob um novo nome, elaborou a estratégia de monitoramento MPOWER.

⁶¹ Knowledge-Action-Change. *Burning Issues: Global State of Tobacco Harm Reduction 2020*. KAC, 2020, p.100.

⁶² Ibid.

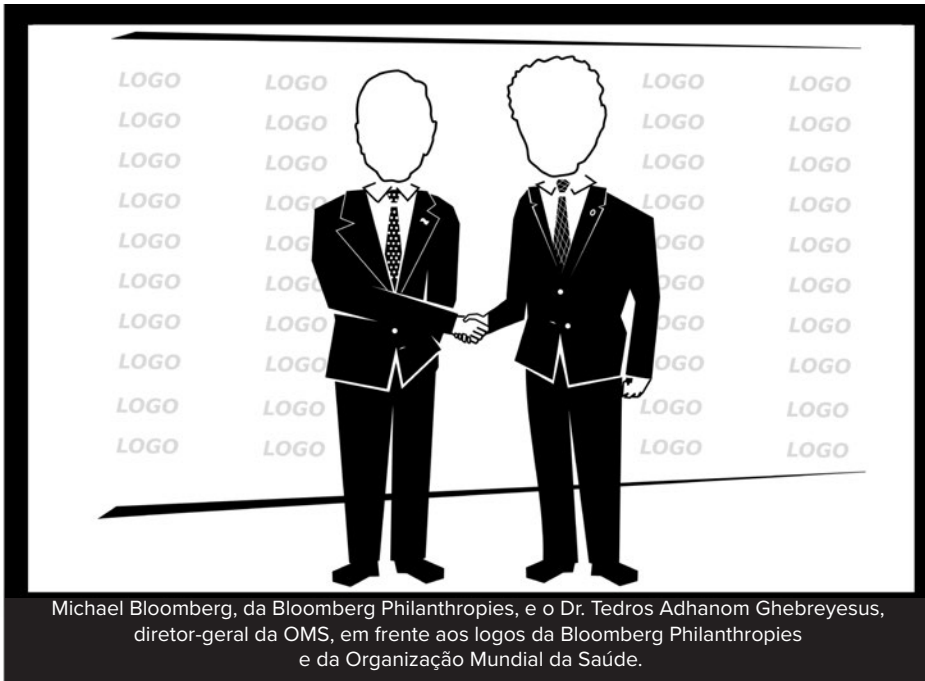
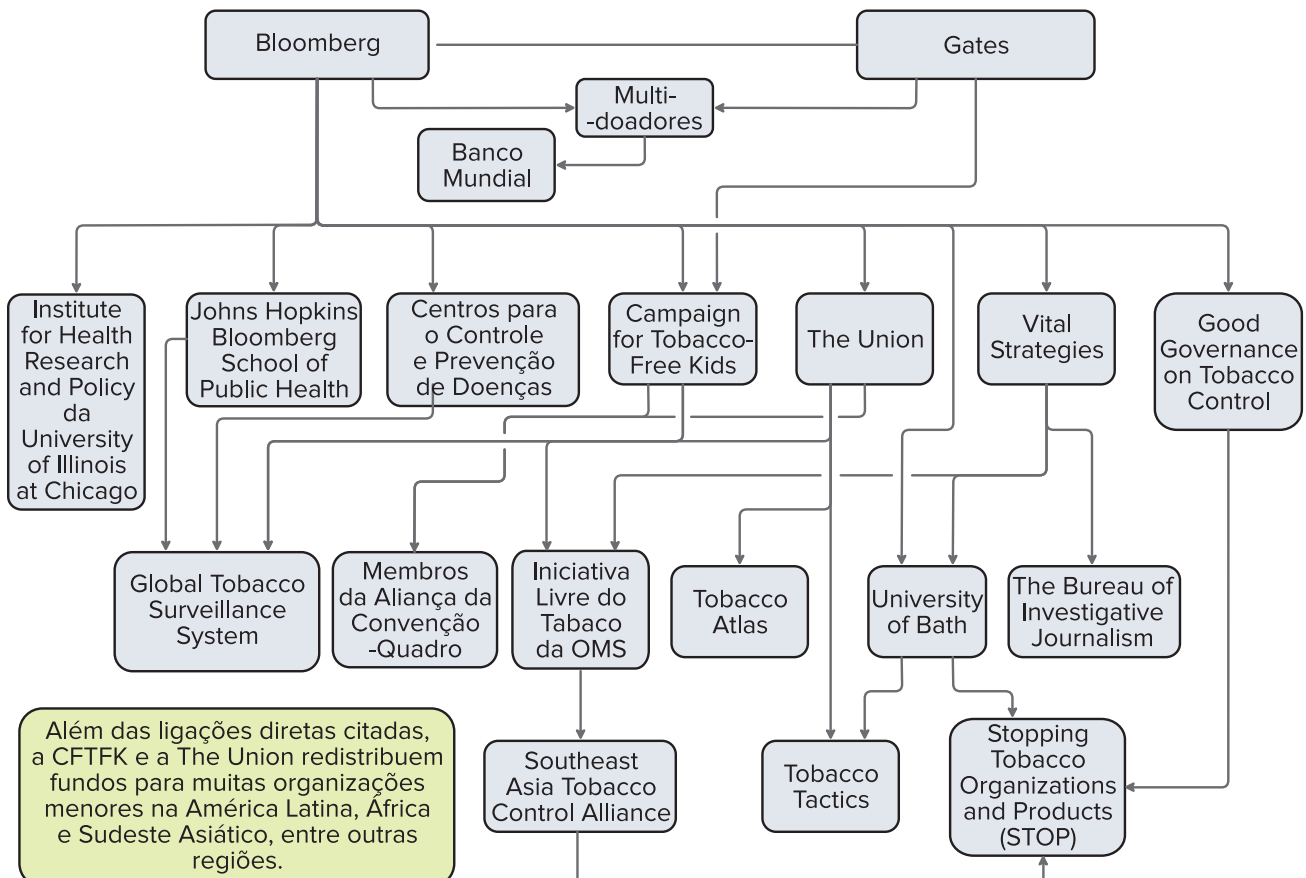


Imagem original removida sob ameaça de ação judicial pelos advogados da Bloomberg Philanthropies. Veja a imagem original aqui <https://twitter.com/who/status/1356948447077814274>

A equipe da TFI da OMS não estava satisfeita com a postura arrogante da Bloomberg Philanthropies, que tentava ditar como a MPOWER devia ser implementada. Mas seus apelos ao diretor-geral da OMS não foram ouvidos; a equipe foi instruída a simplesmente pegar o dinheiro e cumprir as ordens, pois não havia outra fonte de financiamento. O dinheiro que Bloomberg ofereceu ao Secretariado da CQCT foi rejeitado, não por motivos éticos, mas para enfatizar a aparente animosidade entre os chefes da TFI e o Secretariado da CQCT à época.

a equipe foi instruída a simplesmente aceitar o dinheiro e cumprir as ordens



Desde então, a Bloomberg Philanthropies já distribuiu cerca de um bilhão de dólares através de uma rede de beneficiários encabeçada pela CTFK e a The Union. Devido à pouca transparência dos fluxos de financiamento, é impossível determinar qual porcentagem é destinada a atividades anti-RDT. Mas dado o grau de coordenação entre a TFI da OMS e todos os outros beneficiários da Bloomberg Philanthropies nas diversas frentes de ataque à RDT, não é absurdo concluir que esta é uma das diretivas principais do financiamento. A força dos laços entre a Bloomberg Philanthropies e a OMS fica evidente no fato de que Michael Bloomberg agora é o Embaixador Global da OMS para Doenças Não Transmissíveis

O fluxo de dinheiro oriundo da Bloomberg Philanthropies gera diversos problemas:

1. Os fundos da Bloomberg Philanthropies estão sendo usados para travar uma guerra contra a nicotina e a RDT que é diametralmente oposta aos interesses da saúde pública global.
2. O financiamento da Bloomberg Philanthropies se destina principalmente a atividades em PRMB. Esses países apresentam o maior número de fumantes e as taxas mais altas de morbidade e mortalidade por tabagismo, sendo, portanto, os locais onde políticas de RDT poderiam ser mais eficazes.
3. O sucesso das políticas de controle do tabaco em PRMB não traz benefícios concretos óbvios para os interesses comerciais de Bloomberg. Trata-se de um caso de filantropocolonialismo. Milhões de dólares estão sendo distribuídos através de beneficiários locais para interferir nas políticas de controle do tabaco de nações soberanas.
4. O filantropocapitalismo se revela nas expectativas “ao estilo corporativo” da Bloomberg Philanthropies em relação aos seus beneficiários. As organizações com fins lucrativos operam com ciclos de planejamento de curto prazo. O mundo dos negócios, das finanças e do consumo é imediatista, e a cultura de auditorias da Bloomberg Philanthropies demanda vitórias rápidas. No mundo do controle do tabaco, isso se traduz na aprovação de leis e estatutos sem uma avaliação criteriosa de seus impactos a longo prazo. Certamente não parece haver interesse no processo muito mais dispendioso e complexo de estabelecer serviços de cessação eficazes e acessíveis.
5. O teatro das atividades globais altamente organizadas e financiadas que têm como alvo principal a prevenção entre os jovens esconde uma verdade desagradável. Os esforços para combater a epidemia do tabagismo estão fracassando nos PRMB e perdendo força nos PRA com a estabilização das tendências de queda na prevalência do tabagismo.

a verdade desagradável é que os esforços para combater a epidemia do tabagismo estão fracassando em países de renda média e baixa e perdendo força nos países de renda alta

Além da pressão exercida pelas ONG ocidentais nos PRMB, a OMS trabalha em sintonia com essas organizações para influenciar indevidamente o fluxo de informações para as Partes da CQCT. É dever das Partes exercer seu controle e fazer avançar a pauta do controle do tabaco, reconhecendo o potencial dos PNMS para realizar as ambições da Convenção.

6: O que pode ser feito? Novas ideias para o século XXI

O imperativo moral à ação

As evidências a favor da adoção da RDT e dos PNMS como intervenções válidas de saúde pública não podem mais ser negadas. Além do conjunto crescente de evidências produzidas por grupos de especialistas independentes, nada menos que 15 ex-presidentes da Sociedade para a Pesquisa sobre Nicotina e Tabaco elaboraram um artigo para o *American Journal of Public Health* em agosto de 2021, no qual afirmavam:

“Visto que as evidências indicam que o uso de cigarros eletrônicos pode aumentar a probabilidade do abandono do tabagismo, muitos cientistas, incluindo os autores deste ensaio, incentivam a comunidade da saúde, os meios de comunicação e os responsáveis por políticas públicas a considerar com mais atenção o potencial dos dispositivos para vapejar para reduzir a mortalidade atribuível ao tabagismo entre adultos.”⁶³

Trata-se agora de um imperativo moral que a OMS e seus aliados recuem da atual posição intransigente e obstrutiva de não apenas se recusarem a aceitar qualquer benefício dos PNMS para a saúde, mas também de se oporem ativamente ao seu uso.

A CQCT resiste a se adaptar à nova realidade dos PNMS devido ao poder dos elementos anti-RDT dentro da OMS e em outras esferas. Tampouco reconhece a demanda crescente por esses produtos por fumantes do mundo todo que desejam abandonar a forma mais fatal de consumo da nicotina.

**elementos anti-RDT
dentro da OMS exercem
grande poder**

Passos em direção à redução de danos do tabaco

Agora, as Partes devem exigir mais discussões baseadas em evidências sobre a RDT e os PNMS, recorrer ao mais amplo conjunto de conhecimentos científicos, clínicos e epidemiológicos, juntamente com os envolvidos na indústria dos PNMS, e levar em conta as experiências dos consumidores. As Partes que introduziram com sucesso políticas de redução de danos em paralelo a medidas de controle do tabaco, como o Reino Unido e a Nova Zelândia, devem ser incentivadas a liderar o caminho, compartilhando as evidências e melhores práticas adquiridas com suas experiências. Esses países precisam se mobilizar agora para que a RDT figure na pauta da COP 10 em 2023. Isso deve ser proposto pelas Partes, pois são elas que determinam a pauta, não a OMS ou o Secretariado.

Uma solução pragmática seria a criação de um Grupo de Trabalho sobre Redução de Danos do Tabaco que trouxesse a CQCT para a realidade de um mundo com PNMS no século XXI. Não é fácil modificar convenções internacionais, e, na realidade, muitos dos problemas da CQCT se devem a questões de interpretação e implementação, incluindo o descaso quanto à redução de danos, apesar de sua proeminência no texto da CQCT. O Grupo de Trabalho poderia apresentar uma nova perspectiva à CQCT, na qual os produtos de nicotina mais seguros teriam um papel na eliminação do tabagismo, com foco renovado na obtenção de reduções tangíveis das mortes e doenças devido ao cigarro. O Grupo de Trabalho teria por missão desenvolver interpretações e orientações que:

1. Como ponto de partida fundamental, diferenciem os produtos de tabaco combustíveis orais mais perigosos dos produtos não combustíveis mais seguros.

⁶³ Balfour, D et al. (2021) Balancing the risks and benefits of e-cigarettes. *American Journal of Public Health* <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2021.306416>



'Nothing about us without us' is an important concept for tobacco harm reduction.
Image: Google

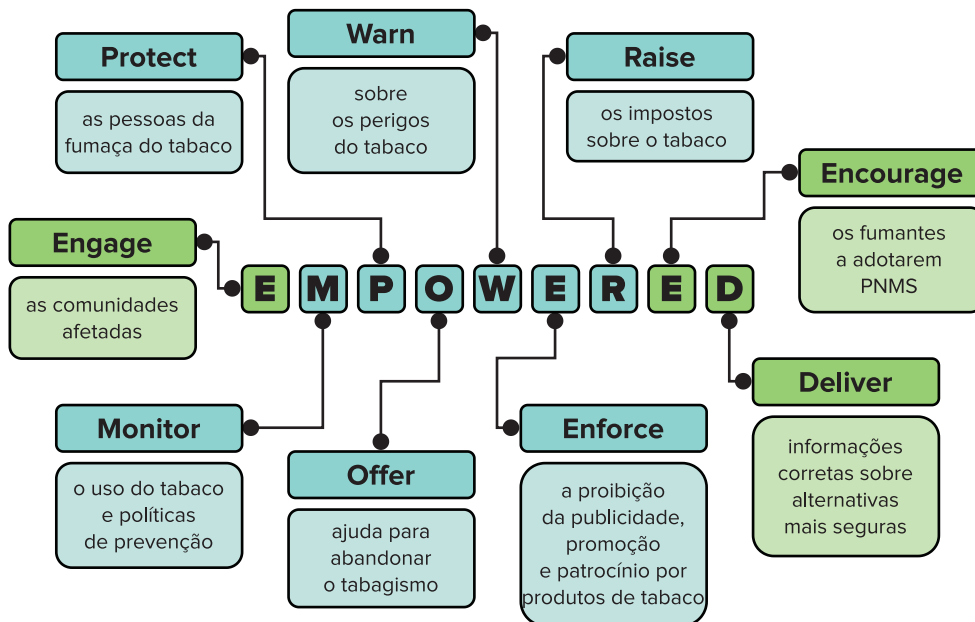
Todos os artigos da CQCT deveriam ser analisados com base nesse critério. O texto da CQCT foi adotado antes da ampla disponibilidade dos PNMS e, por isso, deve ser reavaliado à luz da entrada desses produtos no mercado. A própria CQCT deixa claro em seu preâmbulo que as políticas de controle do tabaco devem ser “fundamentadas em considerações científicas, técnicas e econômicas atuais e pertinentes”.

2. Garantam que a CQCT recue da expansão da sua missão para além dos objetivos iniciais e reiterem que, juntamente com a redução da oferta e da procura, um dos primeiros princípios da CQCT é “reduzir os danos” da fumaça do tabaco.
3. Ofereçam uma definição clara de redução de danos, semelhante à que a OMS estabelece em relação às drogas e ao HIV: “A redução de danos é um conjunto de políticas, programas, serviços e ações que têm por objetivo reduzir os danos a indivíduos, comunidades e à sociedade associados ao uso de drogas, incluindo a infecção por HIV. A redução de danos é essencial para a prevenção da infecção por HIV entre pessoas que usam drogas injetáveis (PUDI) e seus parceiros sexuais”⁶⁴.
4. Garantam que, em linha com tratados internacionais de saúde e direitos humanos consagrados, representantes de todas as comunidades afetadas, incluindo fumantes e usuários de produtos de nicotina mais seguros, sejam reconhecidos como partes interessadas legítimas para fins de deliberação de políticas nacionais e internacionais.
5. Exijam o fim da interpretação excessivamente ampla das diretrizes do artigo 5.3, que atualmente não apenas impede que posições alternativas sobre o controle do tabaco sejam consideradas, mas também veda o escrutínio público legítimo da COP.

⁶⁴ WHO Regional Office For Europe, Policy guidance by HIV intervention area: harm reduction <https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/policy/policy-guidance-for-areas-of-intervention/harm-reduction>

Em vez de MPOWER, empoderamento

Além disso, o Grupo de Trabalho também deve destacar que é dever da OMS garantir que todos os fumantes tenham acesso a informações corretas sobre os possíveis benefícios de PNMS, para que possam tomar decisões esclarecidas. A TFI da OMS deve reformular as medidas do MPOWER para que promovam o empoderamento dos fumantes:



Um ponto de partida para o engajamento da comunidade seria envolver uma diversidade maior de representantes da sociedade civil na COP e em outras reuniões, principalmente pessoas que viveram a experiência de trocar os cigarros por PNMS. Conforme estimativa do projeto Estado Global da Redução de Danos do Tabaco em 2020, existem atualmente 100 milhões de usuários de PNMS no mundo todo⁶⁵, cujas vozes não são levadas em conta no desenvolvimento de políticas relativas ao tabaco e à nicotina que afetam diretamente suas vidas.

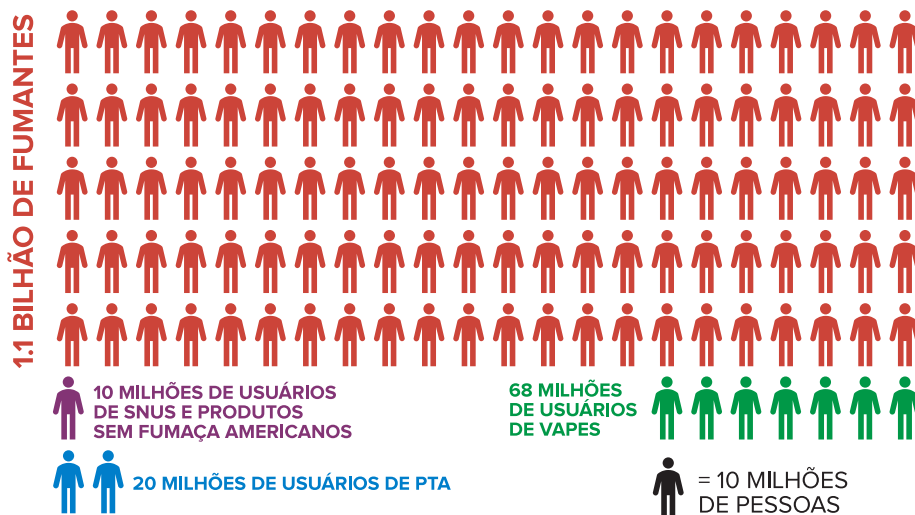
a TFI da OMS deve reformular as medidas do MPOWER para que promovam o empoderamento dos fumantes

⁶⁵ *Burning Issues: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2020*. Knowledge-Action-Change, 2020, p.54 <https://gsthr.org/report/2020/burning-issues/chapter-2#unrealisedpublichealth>

7: Considerações finais

a estratégia da OMS, suas aliadas e seu principal financiador privado é continuar a travar a antiga guerra contra a indústria do tabaco

Apesar da entrada em vigor da CQCT e da ferramenta de monitoramento e avaliação MPOWER, o número projetado de mortes devido ao tabagismo permanece o mesmo há uma década. Nesse período, novas tecnologias disruptivas produziram meios comprovadamente mais seguros de consumir nicotina, enquanto pesquisas recentes validaram a relativa segurança do produto oral snus. A prova de conceito foi estabelecida, e o mercado dos consumidores de produtos de nicotina mais seguros cresceu para aproximadamente 100 milhões de pessoas.



empregam as mesmas táticas que sua inimiga declarada, semeando confusão e dúvida quando à eficácia e a segurança dos PNMS através da interferência e da desinformação.

Porém, em vez aceitar e se adaptar à nova realidade, a estratégia da OMS, suas aliadas e seu principal financiador privado é continuar a travar a antiga guerra contra a indústria do tabaco. Para esse fim, empregam as mesmas táticas que sua inimiga declarada, semeando confusão e dúvida quando à eficácia e a segurança dos PNMS através da interferência e da desinformação. Há poucas evidências de preocupação com o bem-estar dos fumantes adultos atuais, e toda a ênfase é dada às estratégias politicamente aceitáveis de prevenção entre jovens.

As evidências em favor da RDT e dos PNMS como intervenção complementar para ajudar a diminuir as mortes e doenças por tabagismo são robustas o suficiente para que as Partes da CQCT retomem o controle da Convenção e proponham políticas alternativas à posição defendida pela OMS de que todos os produtos devem ser proibidos ou estritamente regulados. O aspecto mais importante dessa reavaliação de políticas e leis é diferenciar os produtos combustíveis e não combustíveis. Isso requer o envolvimento de todas as partes interessadas relevantes, incluindo a indústria (em todas as suas formas) e os consumidores com experiência na adoção de PNMS. Para serem capazes de representar os consumidores de forma eficaz na COP, os governos nacionais devem consultá-los prontamente.

o imperativo para a política de controle internacional do tabaco no século XXI é apagar as últimas brasas da combustão

O imperativo para a política de controle internacional do tabaco no século XXI é apagar as últimas brasas da combustão, e não usar uma nova luta contra a nicotina para reavivar as chamas da batalha final contra a indústria do tabaco.

Travando a Batalha Final:

47 A OMS e o Controle Internacional do Tabaco

Vídeos das apresentações durante o lançamento do relatório em 27/10/2021 estão disponíveis em <https://gsth.org/events/ftlw/>

SESSION 1 – FCTC Past, present and future

Tópico	Painelistas
Welcome to the day and introduction to the session	Will Godfrey (Session host) Editor-in-chief of the Filter Magazine, USA
‘From Hope to Despair – Tobacco control loses its way’	Harry Shapiro The author of the report K•A•C, UK
‘The origins and decline of the FCTC’	Derek Yach Executive Director of the Foundation for a Smoke-Free World, USA
‘Our Health – Consumers the often forgotten majority’	Tom Gleeson New Nicotine Alliance Ireland
Abertura para perguntas	

SESSION 2 – Challenges in making the FCTC an inclusive international framework convention

Tópico	Painelistas
Introduction to the session	Jeannie Cameron (Session host) JCIC International, UK
‘Under the influence: The politics of international drug control’	Ethan Nadelmann Founder and former-Executive Director of the Drug Policy Alliance, USA
From Tobacco Control to HR advocacy: A Professional and Personal Journey	Nataliia Toropova Healthy Initiatives, Ukraine
‘What have we learnt and what next for tobacco harm reduction’	Gerry Stimson Director K•A•C, UK
Abertura para perguntas e comentários finais	





GSTHR.ORG