

Florian Kastler¹

DEZ ANOS DA CONVENÇÃO-QUADRO DE CONTROLE DO TABACO: A FUNÇÃO NORMATIVA DA OMS EM SOCORRO DA SAÚDE GLOBAL?

¹ Université Paris Descartes-Sorbonne. Paris, França.

Correspondência: Florian Kastler. *E-mail*: florian.kastler@gmail.com.

Recebido em: 29/06/2015. Aprovado em: 03/08/2015.

RESUMO

Este artigo analisa a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) 10 anos após sua entrada em vigor, em 2005, quando foi recebida como um instrumento jurídico impositivo, saudável, inovador e de âmbito internacional. Considerada um sintoma da forte função normativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), nos termos do artigo 19 da sua Constituição, a CQCT poderia despertar anseios de se tornar um exemplo a ser seguido na criação de novos instrumentos legais de saúde global. Após analisar a influência da Convenção nos sistemas jurídicos nacionais e seu impacto na saúde dos indivíduos, este artigo estuda os elementos que permitiram a sua aprovação e as persistentes dificuldades em sua implementação. A análise mostra que os resultados na luta contra o tabagismo são promissores e que, a partir da experiência da CQCT, podem ser aprendidas lições para, primeiro, melhorar o sistema de acompanhamento e controle da execução da implementação da Convenção e, segundo, considerar novos instrumentos ambiciosos em outras áreas da saúde. Parece que esses instrumentos devem ser adaptados aos contextos específicos de cada desafio de saúde representado. De forma mais geral, este artigo demonstra que o uso adequado da função normativa responde às críticas que questionam a legitimidade e a credibilidade da OMS como instituição voltada à saúde global.

Palavras-Chave:

Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco; Eficácia; Função Normativa; Organização Mundial da Saúde; Saúde Global.

A CQCT não é uma convenção ordinária, potencialmente, ela representa um movimento em prol da saúde pública.

Harlem Gro Brundtland¹

Esta declaração da diretora geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Harlem Gro Brundtland, em 1999, no início das negociações para a adoção da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT²), é representativa das expectativas e da esperança para o futuro a OMS associadas a este instrumento jurídico internacional.

Criada em 1948, no fim da Segunda Guerra Mundial, depois de um movimento institucional em prol da cooperação e da coordenação internacional em matéria de saúde, que surgiu em 1850³, a OMS é uma instituição especializada em saúde, dentro do sistema da Organização das Nações Unidas (ONU), intergovernamental, que conta com certo grau de independência em relação à própria ONU, graças a sua autonomia administrativa e financeira⁴, dotada de um mandato internacional ambicioso. A Constituição da OMS afirma que a organização tem por objetivo “a aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado que for possível”⁵ e define que a “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”⁶. O preâmbulo da Constituição também é fonte do reconhecimento *a posteriori* do direito à saúde, ao considerar que “Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”⁷.

Além disso, a fim de atender a esse objetivo abrangente, funções importantes⁸ foram confiadas à OMS, enquanto autoridade executiva e de coordenação, no

¹Diretora Geral da Organização Mundial da Saúde, 1999.

²BRASIL. Decreto n. 5.658, de 2 de janeiro de 2006. *Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5658.htm>. Acesso em: 06 jun. 2016.

³A primeira Conferência Sanitária Internacional foi realizada em Paris, em resposta às epidemias de cólera de 1830 e 1847. Em 1907, foi criada, na capital francesa, a Administração Internacional de Higiene Pública dotada de um secretariado e de um comitê permanentes (ver: OMS, *Les premières années de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 1958 (HOWARD-JONES Norman. The scientific background of the International Sanitary Conferences. History of international public health. *WHO Chronicle*, n. 1, 1974).

⁴BERTHET, Etienne. *L'Organisation mondiale de la Santé. Etudes*, t 313, p. 53-68, avr. 1962.

⁵Artigo 1º da Constituição da OMS. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*, 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 02 jun 2016.

⁶Id. *Ibid.*

⁷Id. *Ibid.*

⁸A classificação comumente admitida é a seguinte: função normativa e de padronização (parágrafos h, k, s, t, u e v); função de pesquisa (parágrafos i, j e n); função de formação (parágrafos o e p); função de informação (parágrafos b, e, f, r, e q); função operacional (parágrafos c, d, g, l e m). Artigo 2º da Constituição. *Id. Ibid.*

campo da saúde, de trabalhos com caráter internacional. Se a lista das 22 funções enunciadas no artigo 2º é confusa⁹, parece claro que a função normativa permite à OMS “(k) Propor convenções, acordos e regulamentos e fazer recomendações relativas a assuntos internacionais de saúde e desempenhar as funções que neles sejam atribuídas à Organização, quando compatíveis com os seus fins”¹⁰. Essa escolha por uma definição de saúde abrangente e positiva¹¹, aliada à competência de adotar normas internacionais no campo da saúde, confere ao mandato da OMS “uma vasta dimensão”¹².

A CQCT se inscreve nesse quadro jurídico. Adotada em 2003, e vigorando definitivamente desde 27 de fevereiro de 2005¹³, a CQCT comporta hoje 179 Estados-Membros – sendo que o Brasil é signatário desde sua adoção pela OMS¹⁴ – e a União Europeia (UE), o que representa 90% da população mundial¹⁵. O processo encampado em 1996, sob a égide de Brundtland, demonstrou o empenho em adotar um instrumento jurídico impositivo em matéria de luta antitabaco.

Após 10 anos de vigor da CQCT, completados em 27 de fevereiro de 2015, qual o balanço que se pode fazer dessa experiência para a saúde mundial, particularmente, em relação à luta antitabaco? Este instrumento jurídico pode ser considerado um bom vetor para mudanças no comportamento dos cidadãos? A norma internacional permite a realização do direito à saúde? A função normativa da OMS mostrou-se uma ferramenta útil, eficiente e pertinente à saúde mundial? Esse balanço relativo à eficácia de tal instrumento é necessário, uma vez que ele é sintomático, de uma maneira genérica, da utilidade da ação normativa internacional, dentro do processo de reformulação da OMS, iniciado em 2010. A Organização se vê diante de escolhas em relação às orientações para o futuro da instituição e da governança da saúde mundial¹⁶. Questiona-se o papel da OMS como uma organização científica e técnica, cuja credibilidade está afetada, e como uma organização política e normativa, cuja legitimidade está enfraquecida.

⁹BURCI, Gian Luca; VIGNES, Charles-Henri. *The World Health Organization*. Kluwer Law International, 2004. p.119. Essa relação mal ordenada seria uma consequência da fase de negociação da OMS.

¹⁰UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*, 1946, cit.

¹¹MORELLE Aquillino; TABUTEAU, Didier. *La santé publique*. Paris: PUF, 2015. p. X (Que sais-je?). Os autores estimam que “em oposição a uma abordagem ‘negativa’, a OMS oficialmente definiu de maneira ‘positiva’ e até mesmo ‘positivista’”.

¹²MONDIELLI, Eric. *Étude 135: Organisations Internationales. Lamy Droit de la Santé*, t. 1, p. 135-175, 2012.

¹³Nesse ano, foram conseguidas 40 assinaturas que permitiram que a Convenção entrasse em vigor.

¹⁴O Brasil faz parte dos primeiros países signatários da Convenção, em 16 de junho de 2013.

¹⁵NIKOGOSIAN, Haik; SILVA Vera Luiza da Costa e. WHO's first global health treaty: 10 years in force. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 93, p. 211, Janv. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/93/4/15-154823/en/>>. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.15482>.

¹⁶OMS. *Reforme de l'OMS: vue d'ensemble de la mise en oeuvre de la reforme*. Rapport du Directeur general, A68/4, 8 mai 2015.

Este trabalho analisa a CQCT enquanto instrumento jurídico impositivo e inovador, com uma função normativa teoricamente forte e de porte internacional. Em seguida, analisa a pertinência em se reproduzir esforços internacionais por meio de outros instrumentos jurídicos, servindo-se da experiência da CQCT como um modelo para a saúde mundial.

I. A CQCT: um instrumento jurídico impositivo e inovador

A análise da eficácia desse instrumento internacional implica destacar que sua fonte se encontra na competência constitucional da OMS, pelo viés de sua importante função normativa. Além disso, a CQCT é um instrumento inovador, sob a égide da OMS e de abrangência internacional dentro do campo da saúde, sintomático de um movimento normativo que se iniciou no começo dos anos 2000.

1. Um instrumento impositivo, reflexo de uma importante função normativa

Combinados ao artigo 2º (k) de sua Constituição, os artigos 19 a 23 conferem à OMS a competência para adotar convenções ou acordos, regulamentos e recomendações. Segundo a categorização tradicional em direito internacional público, os instrumentos jurídicos são chamados de impositivos¹⁷ - *hard law* (convenções ou acordos e regulamentos) ou não impositivos¹⁸ - *soft law* (recomendações, padrões, princípios, diretrizes, orientações, estratégias). Em outros termos, os instrumentos impositivos, uma vez adotados, têm força impositiva, ou seja, eles impõem obrigações aos Estados-Membros, diferentemente dos instrumentos não impositivos que preveem, em geral, aspirações submetidas a alguma obrigação.

A OMS dispõe assim da capacidade de elaborar atos jurídicos dentro do seu campo de atuação¹⁹, enquanto poderes substanciais²⁰, “criando, por meio de compromissos, novos direitos e obrigações”²¹. Esse poder de celebrar tratados ou de contribuir para a celebração de tratados está previsto no artigo 6º da Convenção de Viena (1986) que dispõe que “a capacidade de uma organização internacional para concluir tratados é regida pelas regras da organização”²².

¹⁷DEHAUSSY, Jacques; ASCENSIO, Hervé. Actes unilatéraux et action normative des organisations internationales. *JurisClasseur droit international*, fasc. 14, p.19, §.38, 2008. Várias expressões podem ser utilizadas, como, por exemplo, “decisões normativas com caráter de obrigatoriedade”.

¹⁸Ibid., p.19-20, § 38-39. Várias expressões podem ser utilizadas, como, por exemplo, “decisões normativas sem caráter de obrigatoriedade”.

¹⁹COMBACAU Jean; SUR Serge. *Droit international public*. 4. ed. Paris: LGDJ, 1999. p. 715. (Domat Collection). p. 715.
²⁰Ibid.

²¹COMBACAU Jean; SUR Serge. *Droit international public*. 10. ed. Paris: Montchrestien-Lextenso, 2012. p. 312-313. (Domat Collection).

²²BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Convenção de Viena sobre Direito dos Tratados entre Estados e Organizações Internacionais ou entre Organizações Internacionais (1986)*. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1427770.pdf>>. Acesso em : 06 jun. 2016.

Sobre isso, o artigo 19 da Constituição da OMS dispõe que a Assembleia Mundial da Saúde pode adotar convenções e acordos relativos “a qualquer assunto que seja da competência da Organização”²³, seguindo o princípio da especialidade das organizações internacionais. Além disso, em nome da soberania *westphalienne* dos Estados, um ato internacional não pode ser imposto aos Estados; para a adoção de um documento, é preciso uma maioria de dois terços dos votos da Assembleia. As convenções entram em vigor assim que cada Estado lhes aceite, de acordo com suas próprias regras constitucionais. O artigo 20 da Constituição da OMS impõe a cada Estado-Membro uma obrigação de tomar as medidas necessárias para apresentar internamente as convenções, dentro de um prazo de até 18 meses. A Constituição prevê igualmente que cada Estado-Membro notifique o Diretor Geral da Assembleia sobre a aprovação ou não da convenção. Por fim, em caso de aprovação, os Estados-Membros devem encaminhar relatórios anuais ao Diretor Geral da OMS.

Assim, a função que permite à OMS adotar convenções ou acordos representa uma competência tradicional, reconhecida pelo direito dos tratados conferido às organizações internacionais, que se inscreve dentro do direito das organizações internacionais e que pode ser classificada de “direito convencional internacional”²⁴. Esta competência tem como base o consentimento dos Estados-Membros, que são livres para ratificar ou não as convenções adotadas pela OMS²⁵. Contudo, havia uma vontade por parte dos redatores da Constituição de ir além desta competência tradicional ao imporem a ratificação de um instrumento adotado pela OMS aos Estados-Membros. De fato, originariamente, a comissão técnica preparatória propôs delegar aos membros da Assembleia Mundial da Saúde o poder de assinar diretamente as convenções internacionais em nome de seus respectivos governos, sem a necessidade de ratificação ou adoção por cada Estado-Membro²⁶. Entretanto, essa proposição, que poderia conferir, de acordo com seus detratores, um poder legislativo muito grande à OMS²⁷, não foi mantida em razão das reclamações dos Estados-Membros de perda de parte da soberania. A Constituição mantém então o princípio do consentimento resultante do direito dos tratados. Por fim, qualquer disposição relativa à entrada em vigor de tais convenções ou acordos não é precisa e

²³UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*, 1946, cit.

²⁴DEHAUSSY, Jacques. *Travaux de la Commission du droit international des Nations Unies. Annuaire français de droit international*, v. 9, 1963, p. 594-611, 1963. p. 608: “A noção de ‘direito convencional internacional’ refere-se a um conjunto de normas formuladas por uma autoridade internacional, mas que se aplicam somente em virtude de atos das autoridades estatais, que admitam e ordenem que estas normas regulem os acordos internacionais de seus governos em uma base de reciprocidade”.

²⁵MERLE Marcel. *Le pouvoir réglementaire des institutions internationales. Annuaire Français de Droit International*, v. 4, n. 1, p. 342, 1958.

²⁶ALEXANDROWICZ, Charles Henry. *Law-making functions of the United Nations Specialized Agencies*. Sydney: Angus and Robertson; Association with the Australian Institute of International Affairs, 1973. p. 50.

²⁷Id. *Ibid.*

deixa às cláusulas de cada convenção adotada o cuidado de lhe definir, o que traduz a vontade dos redatores da Constituição de diferenciar os tratados e convenções das regulações previstas no artigo 21 cuja entrada em vigor é imposta a partir de sua adoção pela Assembleia Mundial da Saúde.

Da mesma maneira, segundo o artigo 21²⁸, a Assembleia Mundial tem autoridade para adotar regulamentos relativos, principalmente, a medidas sanitárias e de quarentena ou qualquer outro procedimento destinado a impedir a propagação de doenças de um país a outro. De acordo com o artigo 22, os regulamentos entram em vigor em todos os Estados-Membros após sua adoção por maioria simples da Assembleia, sendo que as exceções – casos de Estados que se recusam ou que tenham reservas em relação ao regulamento – devem ser devidamente notificadas ao diretor-geral.

Consequentemente, o poder conferido à OMS pode ser classificado de excepcional²⁹, uma vez que ele permite à Organização adotar um regulamento por maioria simples (artigo 60 da Constituição da OMS), que depois será vinculativo para todos os Estados-Membros, exceto para aqueles que, por notificação, decidam recusar sua aplicação ou que apresentem reservas.

Por fim, segundo o artigo 23, a Assembleia Mundial da Saúde tem autoridade para fazer recomendações aos Estados-Membros em relação a qualquer questão que seja da competência da OMS. De acordo com *Burci et Vignes*, existem três categorias de recomendações e normas: (a) aquelas adotadas pela Assembleia ou pelo conselho executivo dentro dos limites de suas funções constitucionais, (b) aquelas elaboradas pela Secretaria com base em delegação de poder destes órgãos (Assembleia e conselho), sem necessidade de aprovação posterior e (c) a multiplicidade de normas que são elaboradas por comitês de especialistas convocados pela Secretaria e que serão publicadas pela OMS sem aprovação formal desta. Por outro lado, certas recomendações demandam que os Estados adotem medidas sanitárias e outras preveem normas, princípios ou códigos de conduta³⁰, com a proposta de que os Estados os integrem em suas legislações. As recomendações não têm poder vinculante, seu valor jurídico é comparável ao de uma simples opinião³¹ e não têm aplicação direta no direito dos Estados-Membros. Elas são assim percebidas como um

²⁸O artigo 21 foi aplicado desde a criação da OMS com a adoção do Regulamento n. 1, relativo à nomenclatura (incluindo o estabelecimento e a publicação de estatísticas) de doenças e causas de mortes. Depois, com a revisão do Regulamento Sanitário Internacional de 2005 (RSI 2005), aumentou seu campo de aplicação a fim de “prevenir a propagação internacional de doenças [...], evitando a criação de entraves inúteis à circulação e ao comércio internacionais”.

²⁹BURCI, Gian Luca; VIGNES, Charles-Henri. op. cit., p.132.

³⁰O primeiro código internacional adotado pela OMS em 1981 tratava da comercialização de substitutos ao leite materno.

³¹MONDIELLI, Eric. La prise en compte des normes OMS par le droit français. Actes du Colloques “Cinquante-naire de l’OMS”, CERDES-AFDS. *Revue Général de Droit Médical*, n. 1, p. 88, 1999.

instrumento de colaboração entre a OMS e seus membros³²; porém, podem ser consideradas como um “primeiro passo” para a adoção de um instrumento impositivo.

Para finalizar, a capacidade de adotar atos jurídicos dispõe da possibilidade de extensão pelo artigo 2º (v) da Constituição, que afirma que a OMS pode “de uma maneira geral, tomar todas as medidas necessárias para atender ao objetivo assegurado à Organização”. Assim, como confirmado pelo preâmbulo 11 da Convenção de Viena, a OMS conta com uma capacidade de adotar atos jurídicos que está expressamente prevista em sua Constituição, mas que é limitada pelo seu caráter funcional³³: a medida deve ser necessária para atender ao objetivo da OMS. Entretanto, em vista do amplo campo de aplicação da definição de saúde, prevista em sua Constituição, essa competência parece, algumas vezes, não ter limites³⁴, mesmo que a Corte Internacional de Justiça tenha, repetidas vezes, afirmado o princípio da especificidade das organizações internacionais, especialmente em relação à OMS³⁵.

Portanto, o conteúdo da função normativa é considerado pelos observadores como extraordinário, notável³⁶ e exclusivo³⁷. De fato, a função normativa tem a particularidade de ser bastante abrangente nas formas que pode tomar e poderosa em relação aos temas dos quais pode tratar. Nesse sentido, a adoção da CQCT surge como uma inovação e ilustra o movimento normativo seguido pela OMS desde o início dos anos 2000.

2. Um instrumento inovador, representativo de um movimento normativo da saúde

Diversos fatores ilustram a originalidade da implementação do CQCT. Em primeiro lugar, trata-se do primeiro tratado negociado sob os auspícios da OMS. As negociações resultaram na primeira convenção em nível internacional adotada de acordo com o artigo 19 da Convenção da OMS. Após pouco mais de 10 anos de discussão e uma forte disposição da diretora geral da época, Harlem Gro Brundtland,

³²VIRALLY Michel. La valeur juridique des recommandations des organisations internationales. *Annuaire français de droit international*, v. 2, p. 66-96, 1956. Disponível em: <http://www.persee.fr/doc/afdi_0066-3085_1956_num_2_1_1226>. Acesso em: 01 jun. 2016.

³³LEWIN André; ANJAK Faez. Principes communs aux organisations internationales – Statut juridique. *Juris-Classeur droit international*, fasc. 112/113, p.5, §10.

³⁴FIDLER, David, The future of the World Health Organization: what role for international law? *Vanderbilt Journal of Transnational Law*, v. 31, p. 1087, 1998.

³⁵Parecer consultivo de 11 de abril de 1949 da Corte Internacional de Justiça: *Réparation des dommages subis au service des Nations Unies*, C.I. J. Recueil 1949, e Parecer Consultivo da mesma Corte: *Licéité de l'utilisation des armes nucléaires par un Etat dans un conflit armé*, C.I. J. Recueil 1996.

³⁶TAYLOR, Allyn. Making the World Health Organization work: a legal framework for universal access to the conditions for health. *Am J Law Med*, v. 18, n. 4, p. 301-346, 1992. GOSTIN, Lawrence. Meeting basic survival needs of the world's least healthy people towards a framework convention on global health. Georgetown University. O'Neill Institute for national and Global Health Law Scholarship. Research paper n. 1, 2007. *The Georgetown Law Journal*, v. 96, n. 2, 2008. Disponível em: <http://scholarship.law.georgetown.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1010&context=fac_lectures>. Acesso em: 01 jun. 2016.

³⁷BEIGBEDER, Yves. *L'OMS en péril*. Paris: Éd. de Santé, 2011. p. 26. (Coll. Balises).

segundo o artigo 3º, a CQCT tem o objetivo ambicioso de proporcionar “uma referência para as medidas de controle do tabaco, a serem implementadas pelas Partes nos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco”³⁸. Assim, a abordagem tradicional da convenção-quadro, utilizada em nível internacional em outros campos³⁹, tem por finalidade adotar um conjunto de objetivos abrangentes e, em seguida, protocolos separados com medidas específicas que permitam a implementação desses objetivos⁴⁰. A CQCT é um tratado baseado em dados factuais e científicos, que reafirma “o direito de todos os povos a um nível de saúde o mais elevado possível”⁴¹. Por outro lado, desde a primeira alínea de seu preâmbulo, o documento dispõe que “As Partes [...] determinadas a dar prioridade ao seu direito de proteção à saúde pública”⁴², colocando, dessa maneira, a saúde no centro das questões globais.

Para seu funcionamento, a CQCT criou a Conferência das Partes, órgão diretor composto pelo conjunto das Partes da convenção que se reúne a cada dois anos com o objetivo de revisar periodicamente a implementação do tratado e de tomar as decisões necessárias para promover sua aplicação efetiva. Nesse sentido, a Conferência pode adotar protocolos, anexos e emendas à CQCT. Como toda convenção internacional, a Conferência das Partes é auxiliada por uma Secretaria que lida com o acompanhamento cotidiano da CQCT. Por fim, e isso tem um papel primordial no funcionamento do tratado, diretivas de aplicação podem ser adotadas a fim de precisar e interpretar os artigos da Convenção. Atualmente, há diretivas para aplicação dos artigos 5.3, 8º, 9º, 10, 11, 12, 13 e 14.

A CQCT representa “uma evolução fundamental”⁴³, não apenas na forma, como também nas disposições que tratam da importância das estratégias para a redução da demanda juntamente com a redução da oferta. Mais precisamente, as disposições fundamentais da Convenção que visam à redução da demanda por tabaco estão previstas nos artigos 6º a 14, com destaque para as medidas financeiras ou fiscais, aquelas contra a exposição à fumaça do tabaco, as relativas à composição dos produtos de tabaco, à embalagem e etiquetagem, à publicidade e à conscientização do público. Já em relação à redução da oferta, destacam-se as disposições relativas ao comércio ilícito de produtos de tabaco, à venda para e por menores de idade e ao suporte a atividades alternativas economicamente viáveis.

³⁸BRASIL. Decreto n. 5.658, de 2 de janeiro de 2006, cit.

³⁹LIBERMAN, Jonathan. The power of the WHO FCTC: understanding its legal status and weight. In: MITCHELL, Andrew; VOON, Tania (Eds.). *The global epidemic and the law*. UK: Edward Elgar, 2014.

⁴⁰TAYLOR, Allyn. An international regulatory strategy for global tobacco control. *Yale Journal of International Law*, v. 21, n. 2, p. 257-304, 1996. De acordo com Taylor, o interessante é poder garantir um consenso político e uma ação significativa para combater o tabagismo mais do que qualquer outra forma de instrumento impositivo.

⁴¹Preâmbulo da CQCT (BRASIL. Decreto n. 5.658, de 2 de janeiro de 2006, cit.).

⁴²Id. Ibid.

⁴³Id. Ibid.

Em segundo lugar, testemunhando a popularidade da presente Convenção em nível internacional, o tratado foi assinado por 168 Estados-Membros, incluindo a União Europeia, um número recorde na história da ONU: jamais uma convenção internacional havia sido assinada tão rapidamente por tantos países. Após o encerramento do prazo para assinatura⁴⁴, o número total de Estados-Membros chegou a 180; no caso da UE, o alcance da CQCT chega a 90% da população. Essa universalidade de adesão ilustra o reconhecimento desse instrumento em nível mundial e ainda reforça sua legitimidade normativa.

Assim, se esse instrumento é uma “convenção-quadro” que visa a proporcionar um quadro para a implementação de medidas, a precisão de suas disposições oferece aos Estados-Membros, em teoria e se eles assim o desejarem, um arsenal jurídico que garante, se aplicado, uma redução da prevalência do tabagismo. Em outros termos, repousa sobre a vontade do Estado a implementação das disposições ou sua “adaptação” de acordo com a linguagem diplomática adequada. O quadro jurídico assim proposto pela Convenção, reforçado pela universalidade de sua adesão por parte dos Estados, fez dela uma “verdadeira”⁴⁵ convenção internacional pronta para ser aplicada em nível nacional.

De maneira mais abrangente, a aprovação do CQCT foi sintomática de um “movimento” por parte da OMS em favor da adoção de instrumentos jurídicos, em particular, impositivos. Assim, após a CQCT, a OMS revisou o Regulamento Sanitário Internacional (2005), que tem força obrigatória e que tem por finalidade “prevenir a propagação internacional de doenças, [...] evitando criar entraves inúteis à circulação e ao comércio internacionais”. O RSI é fruto da cooperação histórica em matéria de riscos sanitários mundiais, anterior até mesmo à criação da OMS, que previa medidas de notificação, obrigações e quarentenas. Assim, de um poder impositivo quase inexistente com um RSI de aplicação limitada e uma multiplicação de instrumentos originariamente não impositivos⁴⁶. Essa mudança de paradigma não é anódina e, para certos observadores⁴⁷, corresponde ao fim da Guerra Fria, o que permitiu uma cooperação internacional mais expressiva e facilitou as trocas entre os Estados. Do mesmo modo, o desenvolvimento de uma economia globalizada derrubou as barreiras comerciais e acentuou as trocas.

⁴⁴Após o término do prazo para assinatura, outros países podem aderir à Convenção, dentro de um processo de uma única etapa equivalente à ratificação.

⁴⁵LIBERMAN, Jonathan. The power of the WHO FCTC: understanding its legal status and weight, cit. “O tratado não aguarda o futuro protocolo ser real. Já existe um instrumento poderoso e juridicamente vinculante do direito internacional”.

⁴⁶Assim, em 2010, a OMS adotou o Código de Prática de Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde.

⁴⁷MEIER, Benjamin. *The highest attainable standard: the World Health Organization, Global Health Governance, and the Contentious Politics of Human Rights*. Columbia University, 2009.

Nesse sentido, a comunidade internacional deu uma resposta mundial adequada aos problemas sanitários transnacionais.

Esses diferentes elementos suscitaram o entusiasmo de certos autores em relação à disposição da OMS em desenvolver sua função normativa, particularmente impositiva. Assim, *Taylor* estimou que em 2013 “os mecanismos da OMS para legislar em nível internacional foram objeto de uma atenção sem precedentes nos debates recentes a fim de torná-los prioritários no futuro”⁴⁸. A autora constatou um “grande consenso em favor de um papel central de criadora de direito dentro de uma organização reformulada”⁴⁹. Essa reflexão teve como base notadamente a adoção de um código para recrutamento de profissionais da saúde em 2011 e do protocolo⁵⁰ para a eliminação do comércio ilegal de produtos de tabaco. Além disso, foram lançadas muitas chamadas para o desenvolvimento de novos instrumentos jurídicos no campo da saúde.

Dessa maneira, esse grande entusiasmo com a função normativa da OMS no início dos anos 2000 destaca a questão, 10 anos após, da eficácia da CQCT e do interesse em torná-la um modelo jurídico para futuros tratados mundiais em saúde, tirando lições dessa experiência.

II. A CQCT: um modelo de eficácia, dificuldades e contexto particular

Após a implementação da CQCT, observam-se mudanças nas legislações nacionais e resultados comprovados em relação à saúde. No entanto, persistem dificuldades que são sintomas das próprias dificuldades da OMS. Do mesmo modo, as condições favoráveis e particulares da implementação da Convenção tornam complicado usá-la como exemplo para futuros instrumentos jurídicos internacionais.

1. Mudanças jurídicas e resultados comprovados em relação à saúde

Analisa-se o sucesso ou não da CQCT pela sua eficácia, o que significa dizer, sua capacidade em obter resultados sanitários, cumprindo seu objetivo de propor um quadro jurídico para o combate ao tabagismo. Dois fatores principais permitem avaliar tal sucesso.

⁴⁸TAYLOR, Allyn et al. Leveraging non-binding instruments for global health governance: reflections from the Global AIDS reporting mechanism for WHO reform, *Public Health*, v.128, n. 2, p. 151-160, Febr. 2014. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S0033350613002928/1-s2.0-S0033350613002928-main.pdf?_tid=5447b0be-0337-11e6-91cc-00000aacb361&acdnat=1460744865_d02db999fd7259bdb00a-41f84ef19304>. 10.1016/j.puhe.2013.08.022>.

⁴⁹Id. *Ibid*.

⁵⁰A noção de “convenção-quadro” prevê a possibilidade, por parte dos Estados-Membros do CQCT, de adotar protocolos específicos para questões jurídicas particulares, de acordo com o artigo 33 do documento. No entanto, somente os membros da Convenção podem ser partes de um protocolo. Os protocolos à CQCT não têm poder vinculante a não ser para as próprias partes do documento em questão.

Primeiro, a adoção de um tratado não determina a implementação de suas disposições. Assim, é bem possível que a Convenção tenha sido adotada e ratificada por um Estado-Membro, mas que sua aplicação, no seio do sistema jurídico nacional, não tenha sido alcançada, frequentemente em razão da falta de decretos executivos ou administrativos para sua implementação. No caso da CQCT, números detalhados, mas nem sempre precisos, mostram essa situação. O relatório do 10º aniversário da Convenção intitulado “Salvando vidas por uma década” estima que em seus 10 anos de existência a CQCT conseguiu manter a luta contra o tabagismo como tema prioritário na agenda mundial, salvando vidas e melhorando a qualidade da saúde mundial⁵¹.

Mais precisamente, com base em 135 relatórios dos Estados-Membros apresentados à Secretaria (80%⁵² de um total de 168 países que aderiram à Convenção), a taxa global de implementação foi de 54% em 2014⁵³. Contudo, esta taxa varia em função de novas adesões que podem diminuir os percentuais globais: a partir do relatório bienal publicado em 2013 sobre os progressos alcançados em todo o mundo no ano de 2012, a OMS estima que “globalmente, a taxa média de implementação das disposições do tratado progrediram quatro pontos percentuais, subindo de 52 % em 2010 para 56 % em 2012”⁵⁴. Porém, as taxas variam de artigo para artigo. Por exemplo, o artigo 17 (apoio a atividades alternativas economicamente viáveis) conta com uma taxa de implantação de 13%; já o artigo 8º (proteção contra a exposição à fumaça do tabaco) apresenta uma taxa de 84%⁵⁵. Um site na internet disponibiliza o nível de implantação da CQCT, artigo por artigo, nos países que ratificaram a Convenção⁵⁶.

De um modo geral, a OMS estima que 80% dos Estados-Membros reformaram ou adotaram novas leis de luta contra o tabaco após a ratificação do tratado. Por exemplo, o preço médio de um maço de cigarros aumentou cerca de 150% nos últimos cinco anos. Do mesmo modo, em 2005 apenas cinco países haviam adotado uma proibição geral de fumar em lugares públicos, locais de trabalho e no transporte público; em 2014, foram 48. Por fim, um último exemplo: em 2005 somente seis países adotaram o uso de imagens de aviso cobrindo ao menos 50% do maço de cigarros; em 2014, o número chegou a 43. Existem poucos estudos independentes sobre o assunto, um deles, realizado em 2013, demonstrou que “51 de 161 Estados-Membros

⁵¹WHO. *10th Anniversary of the WHO Framework Convention on Tobacco Control – Saving Lives for a decade*, 2015. p. 2.

⁵²NIKOGOSIAN, Haik; SILVA Vera Luiza da Costa e. WHO's first global health treaty: 10 years in force, cit., p. 211.

⁵³OMS. *Progrès mondiaux réalisés dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*: résumé – Rapport du Secrétariat de la Convention, FCTC/COP/6/5, 25 Juin 2014. p. 2.

⁵⁴OMS. *Rapport sur les progrès mondiaux réalisés dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. 2013. p. 7. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79620/1/9789242504651_fre.pdf>. Accès: Juin 01, 2016.

⁵⁵WHO. *10th Anniversary of the WHO Framework Convention on Tobacco Control – Saving Lives for a decade*, cit. p. 3.

⁵⁶OMS. Implementation Database. Disponível em: <<http://apps.who.int/fctc/implementation/database/>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

e a UE integraram a CQCT no direito nacional, com definições e/ou disposições ou políticas para combater o tabaco⁵⁷. No entanto, apenas três estudos foram realizados sobre o impacto da Convenção nos sistemas jurídicos. Tais pesquisas demonstraram que houve uma influência sobre as políticas nacionais, uma vez que a Convenção permitiu uma adoção mais rápida de medidas duras para a luta antitabaco⁵⁸.

Na região do Escritório Regional para as Américas/Organização Pan-Americana de Saúde (AMRO/PAHO) da OMS, 30 países de 35 ratificaram a CQCT⁵⁹. Notam-se os esforços particulares do Brasil que integra, junto com o Canadá, Chile, Panamá e Uruguai, o grupo dos cinco países mais avançados para a implementação completa da CQCT⁶⁰. O relatório destaca os avanços, já que a maioria dos países são confrontados com uma oposição ativa da indústria do tabaco, em particular, diante da justiça.

Assim, a inclusão da Convenção no seio das jurisdições é outro fator de sucesso do tratado. Ou, segundo *Liberman*, há uma onda de litígios que questionam as disposições da CQCT, tanto nas cortes nacionais como nas internacionais. Dessa maneira, a CQCT tem um duplo papel. De um lado, serve como fonte de normas e proporciona um quadro jurídico que fundamenta as ações jurídicas dos indivíduos ou dos Estados lesados. E, de outro lado, a competência de editar diretivas para a aplicação dos artigos da Convenção serve de fonte de interpretação para que as cortes nacionais ou internacionais formulem suas decisões.

No âmbito nacional, a CQCT está demonstrando seu peso como fonte de obrigações jurídicas e instrumento de evidência científica da eficácia das medidas adotadas⁶¹. Em 2012, ao menos 26 países referenciaram a Convenção de uma maneira ou outra, como, por exemplo, o Canadá (2007), Israel (2006), Peru (2011), Noruega (2012) e África do Sul (2012)⁶². No âmbito internacional também se desenvolve um contencioso jurídico em relação à CQCT, em particular junto à Organização Mundial do Comércio (OMC), onde o painel de resoluções de disputas faz referência à Convenção, na resolução de um conflito entre a Indonésia e os Estados Unidos,

⁵⁷MUGGLI, Monique et al. Tracking the relevance of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in legislation and litigation through the online resource, Tobacco Control Laws. *Tobacco Control*, n. 23, p. 457-460, 2014. Disponível em: <<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/23/5/457.full.pdf+html?sid=b3b11949-bc6b-4c2d-8358-5e2a705e33ef>>. 10.1136/tobaccocontrol-2012-050854.

⁵⁸HOFFMAN, Steven; ROTTINGEN, John-Arne. Assessing the expected impact of global health treaties: evidence from 90 quantitative evaluations. Government, law, and public health practice. *American Journal of Public Health*, v. 105, n. 1, p. 26-40, Jan. 2015. 10.2105/AJPH.2014.302085.

⁵⁹PAHO/WHO. *Tobacco: 10 years fighting a top killer in the Americas*, 4 Mars 2007.

⁶⁰Id. *Ibid*.

⁶¹LIBERMAN, Jonathan. The WHO Framework Convention on Tobacco Control at 10: its power for global health and development in the 21st century. *Edward Elgar Blog*, août 2014. Disponível em: <<http://elgarblog.com/2014/08/05/the-who-framework-convention-on-tobacco-control-at-10-its-power-for-global-health-and-development-in-the-21st-century-by-jonathan-liberman/>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

⁶²Para uma análise detalhada dos julgamentos ver: MUGGLI, Monique et al. Tracking the relevance of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in legislation and litigation through the online resource, Tobacco Control Laws, cit.

ainda que estes países não sejam membros da Convenção⁶³. Também o Uruguai⁶⁴ e a Austrália⁶⁵ se fundamentam na CQCT para seus argumentos de defesa contra as acusações da indústria tabagista em relação às embalagens dos maços de cigarro junto ao Centro Internacional para Arbitragem de Disputas sobre Investimentos.

Dessa maneira, a CQCT tornou-se uma grande referência em matéria de legislação para a luta antitabaco dentro dos sistemas jurídicos. Contudo, o último fator de sucesso é saber se o quadro jurídico proporcionado por esse instrumento internacional colabora, em última análise, para a melhoria da saúde pública.

Relatório da OMS sobre a epidemia mundial de tabagismo de 2013 estima que, depois da adoção da Convenção, “progressos consideráveis foram alcançados em todo o mundo em relação à luta antitabaco”⁶⁶. Entretanto, onexo de causalidade entre a CQCT e os benefícios à saúde não é evidente em razão de diferentes fatores. O relatório bienal de 2013 afirma que “surgem dados mostrando que a prevalência do tabagismo continua ou começa a cair em diversos países, em particular naqueles que aplicam políticas antitabagistas impositivas” e que “para uma avaliação mais completa, será necessário dispor de dados comparativos, principalmente da parte dos países de rendas baixa e média e deve-se então melhorar a vigilância e o acompanhamento na maioria dos Estados-Membros”⁶⁷.

No relatório decenal, no qual a possibilidade de comparação dos dados melhorou, a prevalência do tabagismo aumentou em 2014 em relação ao ciclo de notificação de 2012⁶⁸. Assim, mais de dois terços dos Estados-Membros que dispõem de dados comparáveis observaram a queda de mais de um ponto percentual na prevalência de tabagismo entre adultos e mais da metade dos países observaram o mesmo fenômeno entre os jovens. Pode-se notar que a prevalência do tabaco diminuiu 22% e 25% respectivamente no Uruguai e na Turquia em 10 anos.

Se globalmente os números parecem encorajadores, as dificuldades em identificar a CQCT como causa principal ou incidental da melhora na prevalência de tabagismo impossibilita a afirmação absoluta de uma relação de causa e efeito. Diferentemente do impacto da Convenção sobre as políticas nacionais, nenhum estudo foi realizado para averiguar o impacto sobre a saúde. Pode-se dizer que a OMS demonstrou a evidência científica da eficácia da implementação de regulações

⁶³OMC. *Etats-Unis. Mesures affectant la production et la vente de cigarettes aux clous de girofle. Affaire DS406*, 4 Avr. 2012.

⁶⁴Philip Morris Brand Sàrl c. Uruguay, Centre international pour le règlement des différends relatifs aux investissements, No. ARB/10/7, 2 July 2013.

⁶⁵Philip Morris Asia Ltd v The Commonwealth of Australia, Permanent Court of Arbitration, Case No 2012-12, 31 Dec. 2012.

⁶⁶OMS. *Rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme*, 2013.

⁶⁷Id. *Rapport sur les progrès mondiaux réalisés dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*, cit., p. 69.

⁶⁸Id. *Progrès mondiaux réalisés dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac: résumé*, cit., p.18.

sobre a comercialização e a publicidade do tabaco⁶⁹. Contudo, os dados científicos em âmbito mundial são insuficientes, grande parte em razão da dificuldade em identificar precisamente os diferentes fatores presentes.

Vale lembrar que a cada ano o tabaco mata seis milhões de pessoas, provoca perdas econômicas no valor de mais de 500 bilhões de dólares e seu uso pode estar perto de provocar um bilhão de mortes durante o próximo século se a CQCT não for implementada de forma rápida. Assim, mesmo que seja difícil de identificar uma relação direta e absoluta, a CQCT mostra-se um instrumento útil e relativamente eficaz ou, ao menos, não inútil e ineficaz. Qual é então o perigo real de ter um instrumento que pode servir de fundamento jurídico para defender o direito à saúde, seja quando utilizado para formulação de políticas públicas, seja quando utilizado diante dos tribunais? Deve-se lembrar, enfim, da juventude da Convenção, que tem pouco mais de 10 anos. Ora, diante da abrangência da epidemia, somente um combate de longo prazo permitirá uma resposta duradoura a esse risco sanitário mundial.

2. As dificuldades identificadas e um contexto particular

Os 10 últimos anos de implementação da CQCT são um recuo suficiente para constatar que a Convenção encontra dificuldades, as quais têm origem, por sua vez, na teoria do direito internacional. Nesse sentido, a CQCT enquanto um ato convencional de direito internacional público mostra-se um instrumento de *hard law*, dadas as obrigações vinculantes que ela contém. Contudo, o tratado não prevê um sistema de implementação, avaliação, vigilância e controle verdadeiramente eficaz.

Seu artigo 21 prevê a obrigação de elaboração de relatórios periódicos sobre a implementação da CQCT, contendo informações sobre as medidas legislativas, executivas, administrativas e todas as outras ações voltadas à realização do tratado. Cada Estado-Membro deve submeter seu primeiro relatório nos dois anos seguintes à entrada em vigor da Convenção. Após esse relatório inicial, os Estados-Membros devem submeter relatórios a cada dois anos. Esses relatórios visam à troca de experiência entre os países e ao exame dos progressos realizados em âmbito mundial. No entanto, em 2014, o índice de submissão poderia ser melhor: 80% dos Estados-Membros (135 de um total de 168) apresentaram seus relatórios. Além disso, o conteúdo desses documentos e a comparação dos dados informados não permitem uma visão global pertinente da implementação⁷⁰. De qualquer maneira, os

⁶⁹Por exemplo, foi demonstrado que o aumento do preço do maço de cigarro impacta a compra e o consumo entre os consumidores. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mpower brochure: Raise taxes on tobacco*. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/en_tfi_mpower_brochure_r.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2016.

⁷⁰OMS. *Progrès mondiaux réalisés dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*: résumé, cit., p. 18: "É importante harmonizar os métodos utilizados para esses trabalhos a fim de assegurar uma melhor comparação entre os dados".

relatórios mostraram que dois terços dos Estados-Membros enfrentaram restrições ou obstáculos na implementação do tratado. “Os desafios mais frequentes foram as interferências da indústria do tabaco, seguidas da falta de apoio político e de falhas na coordenação interssetorial”⁷¹.

Além disso, parece que o sistema de avaliação dos relatórios não permite uma real ideia das demandas e/ou necessidades dos Estados-Membros. Alguns autores lamentam a falta de vontade em adotar um sistema eficiente para o acompanhamento da implementação da CQCT como já existe em tratados ambientais ou no campo dos direitos humanos⁷². Se os resumos propostos são relativamente informativos, eles não asseguram o acompanhamento individualizado dos países, principalmente por falta de recursos. Não se trata de uma crítica à Secretaria, mas sim ao mecanismo previsto pela Convenção. A fim de garantir um verdadeiro sistema de implementação, é preciso recorrer a um órgão independente de avaliação que possa emitir recomendações individualizadas com vistas a garantir uma melhor aplicação da CQCT. Porém, os recursos provenientes dos Estados-Membros para o funcionamento da Convenção são inferiores às necessidades⁷³.

Por fim, a CQCT é um instrumento juridicamente vinculativo do direito internacional, sem mecanismos impositivos. Nenhuma sanção é prevista em caso de não aplicação do tratado, que atualmente é visto como um “instrumento sem dente” que permita sua implementação. Bem, a OMS sozinha não pode garantir a implementação da Convenção. É lamentável, assim, que alguns países desenvolvidos, como os Estados Unidos e a Suíça, não tenham aderido ao tratado, embora as razões para tal posição possam parecer evidentes.

De uma maneira geral, a CQCT, apesar dos sucessos identificados, sofre críticas, dirigidas à OMS, que atualmente é recriminada por várias razões: de um lado, em relação à credibilidade científica e democrática ligada à suspeita de conflitos de interesse e de má gestão na crise do Ebola e ao não reconhecimento e acompanhamento de atores não estatais. De outro lado, em relação à legitimidade em termos de governança em saúde mundial ligada ao fortalecimento dos atores não estatais, em particular aqueles da iniciativa privada. Como consequência, se a CQCT pode ser adotada com relativa facilidade⁷⁴, parece bastante complicado traduzir esse instrumento jurídico em ações eficazes sem recursos financeiros, sem liderança e sem

⁷¹OMS. *Progrès mondiaux réalisés dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac*: résumé, cit., p.8.

⁷²LIBERMAN, Jonathan. Four COPs and counting: achievements, underachievements and looming challenges in the early life of the WHO FCTC Conference of the Parties. *Tobacco control*, v. 21, p. 215-220, 2012. Disponível em: <<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/21/2/215.full.pdf+html>>. 10.1136/tobaccocontrol-2011-050232.

⁷³Id. *Ibid.*

⁷⁴YACH, Derek. The WHO FCTC at 10: progress has been mixed, *FCTC Opinion*, 2015. Disponível em: <<http://www.fctc.org/fca-news/opinion-pieces/1283-derek-yach>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

capacidade de adotar as disposições do tratado frente à realidade dos diferentes Estados-Membros. O protocolo para a eliminação do comércio ilegal de produtos de tabaco, que traz disposições específicas sobre o assunto, ilustra essas dificuldades: apesar de sua adoção em 2012, das 40 assinaturas necessárias para sua entrada automática em vigor, o documento conta atualmente com apenas com oito adesões⁷⁵.

Finalmente, convém lembrar que a CQCT foi adotada em um contexto internacional particular e favorável. De fato, além da forte disposição da diretora geral da OMS na época, Harlem Gro Brundtland, havia um consenso geral sobre a necessidade de regulamentação internacional para a questão da luta antitabaco. Esse ambiente multifatorial se apoiou sobre (a) o flagelo sanitário causado pelo fumo; (b) a identificação de um inimigo comum: a indústria do tabaco; (c) a eficácia das medidas para atingir o objetivo; e (d) o desenvolvimento de uma política antitabaco em nível nacional e regional, como, por exemplo, dentro da UE. A comunidade internacional estava assim bem preparada para acolher tal instrumento.

No entanto, a adoção da CQCT abriu caminho para discussões institucionais e doutrinárias de outros tratados internacionais de saúde⁷⁶: álcool⁷⁷, obesidade e nutrição⁷⁸, pesquisa e desenvolvimento⁷⁹, pessoas idosas⁸⁰, doenças crônicas⁸¹, falsificação de medicamentos⁸² e até mesmo uma convenção-quadro sobre a saúde global em geral⁸³. A questão é, portanto, de saber se, à luz do sucesso relativo da CQCT, outros tratados internacionais devem ser adotados. Pelas lições

⁷⁵Em 20 de junho de 2015 (WHO). *Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac*. Disponível em: <<http://www.who.int/fctc/protocol/fr/>>. Acesso em: 01 jun. 2016).

⁷⁶HOFFMAN, Steven; ROTTINGEN, John-Arne. Assessing the expected impact of global health treaties: evidence from 90 quantitative evaluations. Government, Law, and Public Health Practice, *American Journal of Public Health*, v. 105, n. 1, p. 26-40, Jan. 2015. 10.2105/AJPH.2014.302085.

⁷⁷RECORD, C. A framework convention on alcohol control. *The Lancet*, v. 370, n. 9593, p. 1102, Déc. 2007. Disponível em: <<http://thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2807%2961486-X.pdf>>. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61486-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61486-X); SRIDHAR, Devi. Regulate alcohol for global health, *Nature*, v.482, p. 302, 2012. Disponível em: <<http://www.nature.com/nature/journal/v482/n7385/full/482302a.html>>. 10.1038/482302a; TAYLOR, Allyn; DHILLON, Ibadat. An international legal strategy for alcohol control: not a framework convention—at least not yet. *Addiction*, v. 108, n. 3, p. 450-455, Mar. 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2012.03919.x/epdf>>. 10.1111/j.1360-0443.2012.03919.x.

⁷⁸URGENTLY needed: a framework convention for obesity control (Editorial). *The Lancet*, v.378, n. 9793, p. 741, Août 2011. 10.1016/S0140-6736(11)61356-1; BASU, S. Should we propose a global nutrition treaty? 2012. Disponível em: <<https://epianalysis.wordpress.com/2012/06/26/nutritiontreaty/>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

⁷⁹DENTICO, Nicoletta; FORD, Nathan. The courage to change the rules: a proposal for an essential health R&D treaty. *PLoS Medicine*, v. 2, n. 2, 2005; WHO. An Essential Health and Biomedical R&D Treaty, 22 Jun 2011. Disponível em: <http://www.who.int/phi/news/phi_1_joint_submission_en.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2016.

⁸⁰GOSTIN, Lawrence; GARSIA, Anna. Governing for health as the world grows older: healthy lifespans in aging societies. *Elder Law Journal*, v. 22, n. 1, p. 111-140, 2014.

⁸¹GOSTIN, Lawrence. Non-communicable diseases: healthy living needs global governance. *Nature*, v. 511, n. 7508, p. 147-149, 2014.

⁸²FIGHTING fake drugs: the role of WHO and pharma (Editorial). *The Lancet*, v. 377, n. 9778, p. 1626, 2011.

⁸³GOSTIN, Lawrence. Meeting basic survival needs of the world's least healthy people towards a framework convention on global health, cit., p. 331-392.

aprendidas, parece que a CQCT continua a ser um bom exemplo para a OMS na luta mundial contra o tabagismo e pode ser um modelo para o estabelecimento de outros instrumentos de âmbito internacional. De um lado, a Convenção é útil para determinar os fatores necessários para que tal instrumento seja possível e eficaz: (a) ser confrontado em um ambiente de saúde de dimensão transnacional, (b) justificar a necessidade de uma regulamentação vinculante, (c) indicar uma possibilidade razoável de alcançar resultados positivos e (d) ser o melhor mecanismo entre todas as alternativas existentes⁸⁴. Do outro lado, essa experiência permitirá orientar e definir o conteúdo de instrumentos futuros, especialmente em relação a sistemas de vigilância, acompanhamento e controle de implementação, elemento chave para sua eficácia.

Essa decisão, contudo, não pode ser feita às pressas porque a implementação da Convenção sob os auspícios da OMS implica um longo tempo de reflexão e recursos humanos e financeiros significativos no curto e no longo prazo. As primeiras discussões doutrinárias relativas a uma convenção para a luta antitabagista iniciaram-se em 1992⁸⁵. Além disso, uma vez adotada, a convenção deve ser gerida pela OMS, com a criação de uma secretaria em tempo integral que assegure o acompanhamento da implantação de um instrumento jurídico. Trata-se de uma mudança real no funcionamento da OMS, dominada por profissionais da saúde⁸⁶.

Para concluir, os 10 anos de implementação da CQCT têm demonstrado o valor de um instrumento juridicamente vinculante de interesse internacional: (a) para a saúde global, (b) para os sistemas jurídicos nacionais (legislativos e judiciais), (c) como um modelo para outros instrumentos futuros e (d) para afirmar o papel da OMS e fortalecer o direito internacional saúde.

Assim, as lições aprendidas com a experiência do CQCT poderiam fortalecer o movimento jurídico de normas internacionais impositivas e permitir que a função normativa da OMS atue em prol do resgate da saúde global. Em um contexto de reformulação, a OMS deve refletir sobre seu futuro e se posicionar no tabuleiro do xadrez internacional da saúde pública. A função normativa tem um papel central para fortalecer a instituição como autoridade normativa de caráter internacional no campo da saúde pública. Isso passa por um esforço da OMS e da comunidade internacional para que haja continuidade do trabalho normativo, que é difícil, mas essencial, em outras áreas da saúde mundial, aprendendo com

⁸⁴HOFFMAN, Steven; ROTTINGEN, John-Arne. Assessing the expected impact of global health treaties: evidence from 90 quantitative evaluations. *Government, law, and public health practice*, cit.

⁸⁵TAYLOR, Allyn. Making the World Health Organization work: a legal framework for universal access to the conditions for health, cit., p. 301-346.

⁸⁶OMS. *Ressources humaines: rapport annuel*, Rapport du Secrétariat Général, A66/36 du 14 mai 2013, Tableau 13 - Répartition des postes des catégories professionnelle et de rang supérieur selon les principaux groupes professionnels. Atualmente, a OMS conta com apenas 0,1% de economistas, 1,4% de juristas e 1,6% de cientistas sociais em seu efetivo.

as lições e as dificuldades encontradas na aplicação da CQCT. Essa evolução normativa permitiria assim à OMS e aos diferentes atores da saúde pública avançar em direção ao objetivo comum de saúde para todos.

Referências

ALEXANDROWICZ, Charles Henry. *Law-making functions of the United Nations Specialized Agencies*. Sydney: Angus and Robertson; Association with the Australian Institute of International Affairs, 1973.

BASU, S. Should we propose a global nutrition treaty? 2012. Disponível em: <<https://epianalysis.wordpress.com/2012/06/26/nutritiontreaty/>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

BEIGBEDER, Yves. *L'OMS en péril*. Paris: Éd. de Santé, 2011. (Coll. Balises).

_____. *L'Organisation mondiale de la santé*. Paris: PUF, 1997. (Que sais-je?).

_____. Les partenariats de l'Organisation mondiale de la santé. *Etudes internationales*, v. 41, n.2, p.223-251, 2010.

BERTHET, Etienne. L'Organisation mondiale de la Santé. *Etudes*, t 313, p. 53-68, avr. 1962.

BURCI, Gian Luca; VIGNES, Charles-Henri. *The World Health Organization*. Kluwer Law International, 2004.

CLIFT, Charles. What's the World Health Organization For? *Chatham House Report*, Mai 2014.

COMBACAU Jean; SUR Serge. *Droit international public*. 10. ed. Paris: Montchrestien-Lextenso, 2012. (Domat Collection).

_____; _____. *Droit international public*. 4. ed. Paris: LGDJ, 1999. (Domat Collection).

DEHAUSSY, Jacques. Travaux de la Commission du droit international des Nations Unies. *Annuaire français de droit international*, v. 9, 1963, p. 594-611, 1963.

_____. ASCENSIO Hervé. Actes unilatéraux et action normative des organisations internationales. *JurisClasseur droit international*, fasc. 14, 2008.

DENTICO, Nicoletta; FORD, Nathan. The courage to change the rules: a proposal for an essential health R&D treaty. *PloS Medicine*, v. 2, n. 2, 2005.

FIDLER, David, The future of the World Health Organization: what role for international law? *Vanderbilt Journal of Transnational Law*, v. 31, 1998.

FIGHTING fake drugs: the role of WHO and pharma (Editorial). *The Lancet*, v. 377, n. 9778, 2011.

GOSTIN, Lawrence. *Global health law*. Harvard Press, 2013.

GOSTIN, Lawrence. Meeting basic survival needs of the world's least healthy people towards a framework convention on global health. Georgetown University. O'Neill Institute for national and Global Health Law Scholarship. Research paper n. 1, 2007. *The Georgetown Law Journal*, v. 96, n. 2, 2008. Disponível em: <http://scholarship.law.georgetown.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1010&context=fac_lectures>. Acesso em: 01 jun. 2016.

_____. Non-communicable diseases: healthy living needs global governance. *Nature*, v. 511, n. 7508, p. 147-149, 2014.

_____. GARSIA, Anna. Governing for health as the world grows older: healthy lifespans in aging societies. *Elder Law Journal*, v. 22, n. 1, p. 111-140, 2014.

HOFFMAN, Steven; ROTTINGEN, John-Arne. Assessing the expected impact of global health treaties: evidence from 90 quantitative evaluations. Government, law, and public health practice. *American Journal of Public Health*, v. 105, n. 1, p. 26-40, Jan. 2015. 10.2105/AJPH.2014.302085.

_____; _____. Split WHO in two: strengthening political decision-making and securing independent scientific advice. *Public Health*, v. 128, n. 2, p.188-194, 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350613002916>>. 10.1016/j.puhe.2013.08.021.

HOWARD-JONES Norman. The scientific background of the International Sanitary Conferences. History of international public health. *WHO Chronicle*, n. 1, 1974.

KICKBUSCH, Ilona; BONK, Mathias. Making the World Health Assembly fit for the 21st century. *British Medical Journal*, 2014. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g4079>.

LEE, Kelley. Who should be doing what in international health: a confusion of mandates in the United Nations? *British Medical Journal*, 312, n. 7026, p. 302-307, 3 Févr. 1996. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/29730530>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

_____; FANG, Jennifer. *Historical dictionary of the World Health Organization*. 2nd ed. Lanham, MD: Scarecrow Press Inc., 2013.

LEWIN André; ANJAK Faez. Principes communs aux organisations internationales – Statut juridique. *JurisClasseur droit international*, fasc. 112/113, 12 Octobre 2000

LIBERMAN, Jonathan. Four COPs and counting: achievements, underachievements and looming challenges in the early life of the WHO FCTC Conference of the Parties. *Tobacco control*, v. 21, p. 215-220, 2012. Disponível em: <<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/21/2/215.full.pdf+html>>. 10.1136/tobaccocontrol-2011-050232.

_____. The power of the WHO FCTC: understanding its legal status and weight. In: MITCHELL, Andrew; VOON, Tania (Eds.). *The global epidemic and the law*. UK: Edward Elgar, 2014.

LIBERMAN, Jonathan. The WHO Framework Convention on Tobacco Control at 10: its power for global health and development in the 21st century. *Edward Elgar Blog*, août 2014. Disponível em: <<http://elgarblog.com/2014/08/05/the-who-framework-convention-on-tobacco-control-at-10-its-power-for-global-health-and-development-in-the-21st-century-by-jonathan-liberman/>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

MEIER, Benjamin. *The highest attainable standard: the World Health Organization, Global Health Governance, and the Contentious Politics of Human Rights*. Columbia University, 2009.

MERLE Marcel. Le pouvoir réglementaire des institutions internationales. *Annuaire Français de Droit International*, v. 4, n. 1, p. 341-360, 1958.

MONDIELLI, Eric. Étude 135: Organisations Internationales. *Lamy Droit de la Santé*, t. 1, p. 135-175, 2012.

_____. La prise en compte des normes OMS par le droit français. Actes du Colloques «Cinquantenaire de l'OMS», CERDES-AFDS. *Revue Général de Droit Médical*, n. 1, p. 87-116, 1999.

MORELLE Aquilino; TABUTEAU, Didier. *La santé publique*. Paris: PUF, 2015. (Que sais-je?).

MUGGLI, Monique et al. Tracking the relevance of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in legislation and litigation through the online resource, Tobacco Control Laws. *Tobacco Control*, n. 23, p. 457-460, 2014. Disponível em: <<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/23/5/457.full.pdf+html?sid=b3b11949-bc6b-4c2d-8358-5e2a705e33ef>>. 10.1136/tobaccocontrol-2012-050854.

NIKOGOSIAN, Haik; SILVA Vera Luiza da Costa e. WHO's first global health treaty: 10 years in force. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 93, p. 211, Janv. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/93/4/15-154823/en/>>. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.15482>.

OMS. Implementation Database. Disponível em: <<http://apps.who.int/fctc/implementation/database/>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

_____. *Les premières années de l'Organisation Mondiale de la Santé*. 1958.

_____. *Progrès mondiaux réalisés dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*: résumé – Rapport du Secrétariat de la Convention, FCTC/COP/6/5, 25 Juin 2014.

_____. *Rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme*, 2013.

_____. *Rapport sur les progrès mondiaux réalisés dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79620/1/9789242504651_fre.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2016.

_____. *Réforme de l'OMS: vue d'ensemble de la mise en œuvre de la reforme*. Rapport du Directeur général, A68/4, 8 mai 2015.

OMS. *Ressources humaines: rapport annuel, Rapport du Secrétariat Général, A66/36* du 14 mai 2013, Tableau 13 - Répartition des postes des catégories professionnelle et de rang supérieur selon les principaux groupes professionnels.

PAHO/WHO. *Tobacco: 10 years fighting a top killer in the Americas*, 4 Mars 2007.

RECORD, C. A framework convention on alcohol control. *The Lancet*, v. 370, n. 9593, p. 1102, Déc. 2007. Disponível em: <<http://thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2807%2961486-X.pdf>>. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61486-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61486-X).

RICHTER, Judith. Public-private partnerships for health: a trend with no alternatives? *Development*, v. 47, n. 2, p. 43-48, 2004. Disponível em: <<http://www.palgrave-journals.com/development/journal/v47/n2/pdf/1100043a.pdf>>. doi:10.1057/palgrave.development.1100043

SRIDHAR, Devi. Regulate alcohol for global health, *Nature*, v.482, 2012. Disponível em: <<http://www.nature.com/nature/journal/v482/n7385/full/482302a.html>>. 10.1038/482302a.

_____. Who sets the global health research agenda? The challenge of multi bi financing? *PLOS Medicine*, v. 9, n. 9, Sept. 2012. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosmedicine/article/asset?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001312.PDF>>. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001312>

TAYLOR, Allyn. An international regulatory strategy for global tobacco control. *Yale Journal of International Law*, v. 21, n. 2, p. 257-304, 1996.

TAYLOR, Allyn. Making the World Health Organization work: a legal framework for universal access to the conditions for health. *Am J Law Med*, v. 18, n. 4, p. 301-346, 1992.

TAYLOR, Allyn; DHILLON, Ibadat. An international legal strategy for alcohol control: not a framework convention--at least not yet. *Addiction*. v. 108, n. 3, p. 450-455, Mar. 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2012.03919.x/epdf>>. 10.1111/j.1360-0443.2012.03919.x

TAYLOR, Allyn et al. Leveraging non-binding instruments for global health governance: reflections from the Global AIDS reporting mechanism for WHO reform, *Public Health*, v.128, n. 2, p. 151-160, Febr. 2014. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S0033350613002928/1-s2.0-S0033350613002928-main.pdf?_tid=5447b0be-0337-11e6-91cc-00000aacb361&acdnt=1460744865_d02db999fd7259bdb00a41f84ef19304>. 10.1016/j.puhe.2013.08.022.

URGENTLY needed: a framework convention for obesity control (Editorial). *The Lancet*, v.378, n. 9793, p. 741, Août 2011. 10.1016/S0140-6736(11)61356-1.

VAN DE PAS, Remco; VAN SCHAIK, L. G. Democratizing the World Health Organization. *Public Health*, v. 128, n. 2, p. 195-201, Feb. 2014. doi: 10.1016/j.puhe.2013.08.023. Epub 2014 Jan 10.

VIGNES, Charles-Henri. Questions juridiques intéressant l'Organisation mondiale de la Santé. *Annuaire français du droit international*, v. 9, n. 1, p. 627-638, 1963. Disponível em: <http://www.persee.fr/doc/afdi_0066-3085_1963_num_9_1_1050>. Acesso em: 01 jun. 2016.

VIRALLY Michel. La valeur juridique des recommandations des organisations internationales. *Annuaire français de droit international*, v. 2, p. 66-96, 1956. Disponível em: <http://www.persee.fr/doc/afdi_0066-3085_1956_num_2_1_1226>. Acesso em: 01 jun. 2016.

WHO. *10th Anniversary of the WHO Framework Convention on Tobacco Control – Saving Lives for a decade*, 2015.

_____. An Essential Health and Biomedical R&D Treaty, 22 Jun 2011. Disponível em: <http://www.who.int/phi/news/phi_1_joint_submission_en.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2016.

_____. *Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac*. Disponível em: <<http://www.who.int/fctc/protocol/fr/>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

YACH, Derek. The WHO FCTC at 10: progress has been mixed, *FCTC Opinion*, 2015. Disponível em: <<http://www.fctc.org/fca-news/opinion-pieces/1283-derek-yach>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

Florian Kastler - Doutorando em Direito Internacional da Saúde, na *Université Paris Descartes*. Professor de Direito Constitucional, no Instituto de Direito à Saúde da *Université Paris Descartes*. Membro do grupo de pesquisa da *École des hautes études en santé publique*. Paris, França. *E-mail*: florian.kastler@gmail.com.