

Os regimes jurídicos da Organização Mundial da Saúde e a formulação de leis e políticas de saúde na Nigéria

The World Health Organization Legal Regimes and the Shaping of Nigeria's Health Law and Policy

Benjamin Anaemene¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0057-7697>

John Iwuh¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1420-5739>

¹Redeemer's University, Ede, Nigéria.

RESUMO

A governança global da saúde diz respeito às respostas coletivas necessárias dentro da comunidade da saúde pública para enfrentar com eficácia os desafios compartilhados que surgem em um mundo cada vez mais conectado. É um truismo que a promoção de uma infraestrutura de saúde robusta seja fundamental para a obtenção de saúde e bem-estar. No entanto, a infraestrutura legal – as leis e políticas que reforçam, obrigam ou limitam as ações governamentais e privadas em relação à saúde – tem sido negligenciada a literatura dominante. Isso ocorre porque a infraestrutura de saúde tem se concentrado mais nas estruturas físicas dos órgãos de saúde pública, como clínicas, hospitais, e nos recursos humanos que os operam. O objetivo deste estudo foi explorar até que ponto marcos legais da Organização Mundial da Saúde, como a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (2003) e o Regulamento Sanitário Internacional revisado, impactaram as leis e políticas de saúde na Nigéria. O artigo postula que as várias convenções e regulamentos adotados, que foram posteriormente ratificados e declarados aplicáveis a Nigéria, foram internalizados no país, porém, o desrespeito ao estado de direito tem impedido a maximização dos benefícios esperados de tais marcos legais. Concluiu-se que a Organização Mundial da Saúde deve desenvolver um programa de capacitação em legislação e políticas de saúde pública e vigilância em saúde para garantir esforços contínuos e organizados, a fim de contribuir para que os Estados-Membros, incluindo a Nigéria, possam fortalecer sua infraestrutura legal.

Palavras-chave: Saúde, Direitos Humanos, Nigéria, Organização Mundial da Saúde.

ABSTRACT

Global health governance concerns the collective responses needed within the public health community to effectively tackle the shared challenges arising in an increasingly connected world. It is a truism that promoting a robust health infrastructure is critical to the attainment of good health and wellbeing. Yet the legal infrastructure – the laws and policies that empower and obligate as well as limit government and private action concerning health, has been neglected in the mainstream literature. This is because health infrastructure has focused more on physical structures of public health agencies such as clinics, hospitals and the human resources that operate them. The purpose of the study was to explore the extent to which the World Health Organization legal regimes such as the Framework Convention on Tobacco Control (2003) and the Revised International Health Regulations, have impacted on health law and policy in Nigeria. It posits that the various conventions and regulations adopted, which were subsequently ratified and declared applicable to Nigeria, had been domesticated. However, the lack of respect for the rule of law has stymied the maximisation of the expected benefits from such legal regimes. It concludes that the World Health Organization should develop a programme for public health law capacity-building and policy surveillance to ensure continuous and organised efforts to assist member states including Nigeria to strengthen their legal infrastructure.

Keywords: Health; Human Rights; Nigeria; World Health Organization.

Correspondência:

Benjamin Anaemene
anaemeneb@run.edu.ng

Recebido: 13/01/2021

Revisado: 13/05/2022

Aprovado: 13/06/2022

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Contribuição dos autores:

Todos autores contribuíram igualmente para o desenvolvimento do artigo.

Copyright:

Esta licença permite compartilhar — copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato; adaptar — remixar, transformar, e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial.



Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) depende do direito internacional por meio da estrutura e dos processos criados e apoiados por sua Constituição (WHO, [1946]). Embora a Constituição da OMS tenha previsto que a organização usasse mecanismos jurídicos inovadores e bastante radicais (tratados, regulamentos, *soft laws*), esses mecanismos permaneceram, em grande parte, à margem do trabalho de saúde internacional da OMS ao longo das mais de seis décadas de sua história. Desde sua criação, em 1948, sabe-se que a OMS adotou apenas dois instrumentos normativos juridicamente vinculantes: o Regulamento Sanitário Internacional e a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Isso é um indicativo de que a organização tem historicamente negligenciado o direito internacional em seu trabalho, subutilizando seus enormes poderes constitucionais. O argumento comum usado para explicar a antipatia da OMS pelo direito internacional é que a OMS tem sido dominada por especialistas em medicina e saúde pública. Como bem observou Fidler:

A OMS ficou isolada dos desenvolvimentos gerais relativos ao direito internacional no período pós-1945. Esse isolamento não foi acidental, mas refletiu uma perspectiva particular sobre a formulação e a implementação da política de saúde internacional. A OMS operava como se não estivesse sujeita à dinâmica normal da sociedade anárquica; em vez disso, agia como se estivesse no centro de uma sociedade hipocrática transnacional composta por médicos, cientistas médicos e especialistas em saúde pública. A natureza dessa sociedade hipocrática transnacional levou a OMS a abordar a saúde pública internacional sem uma estratégia legal (FIDLER, 1999).

Taylor também observou que:

A tradicional relutância da OMS em utilizar a lei e as instituições jurídicas para facilitar suas estratégias de saúde pode ser atribuída, em grande parte, à dinâmica e à política internas da própria organização. Em particular, essa relutância decorre, em grande parte, da cultura organizacional estabelecida pela comunidade profissional médica conservadora que domina a instituição (TAYLOR, 1992).

Outros motivos para a negligência histórica do direito internacional por parte da OMS incluem o fato de que a organização surgiu no início de um período revolucionário em termos de ferramentas biomédicas, como antibióticos e vacinas, e as atividades se concentraram em fornecê-las, o que não requeria iniciativas legais. Além disso, a experiência limitada da OMS com regimes regulatórios é repleta de controvérsias e conflitos.

A negligência da OMS em relação ao direito internacional produz, no entanto, uma imagem distorcida do papel do direito internacional na área da saúde pública. A proteção da saúde humana é um objetivo que os Estados e as organizações intergovernamentais e não governamentais incorporaram em muitas áreas do direito internacional (FIDLER, 1999). Uma parte significativa desse ramo do direito existe, por exemplo, para proteger a saúde humana. No entanto, nenhuma dessas leis internacionais foi desenvolvida no âmbito da OMS. Outras áreas do direito internacional que contêm regras e instituições para a proteção da saúde humana incluem o direito do comércio internacional, o direito internacional dos direitos humanos, o direito humanitário internacional, o direito internacional sobre o controle de armas, o direito internacional sobre entorpecentes e o direito trabalhista internacional.

No entanto, como instituição multilateral, a OMS tem o mandato e a oportunidade de estabelecer ou influenciar leis, legislações e diretrizes que estabeleçam a base

para as leis ou políticas de saúde internacionais e nacionais. No direito internacional, os Estados são considerados os atores mais importantes – é óbvio que, para que um acordo internacional se torne aplicável, é necessário implementar o resultado de tais negociações em nível nacional. Assim, os Estados devem traduzir um acordo ou tratado internacional em leis ou políticas nacionais, bem como desenvolver os mecanismos de aplicação. Os tratados internacionais fornecem modelos de ação, mas somente quando os legisladores colocam as decisões em prática no país é que elas se tornam funcionais.

A Nigéria tornou-se membro pleno da OMS em 1960 e, desde então, a organização tem trabalhado em estreita colaboração com o governo nigeriano – e, antes disso, a Nigéria já fazia parte dos regimes legais da OMS. Isso se manifesta em várias leis, políticas e arranjos institucionais de saúde pública. Com base na literatura existente sobre a diplomacia de saúde da Nigéria, este é o primeiro estudo a analisar de modo abrangente a interação entre a legislação global de saúde e a legislação nacional de saúde. Este artigo teve como objetivo explorar até que ponto a OMS, por meio de seus instrumentos legais, influenciou a legislação nacional de saúde na Nigéria. As perguntas indicativas que este artigo buscou responder incluem: quais são as implicações da lei internacional adotada sob os auspícios da OMS na promoção do *status* de saúde nigeriano? Como os Estados-membros podem fortalecer sua infraestrutura jurídica e qual papel a OMS tem desempenhado nesse sentido?

O artigo utilizou os métodos primário e secundário de coleta de dados. Os dados primários foram obtidos por meio de entrevistas orais e reportagens de jornais diários. Além disso, basearam-se em materiais dos arquivos da OMS em Genebra, Suíça, e dos Arquivos Nacionais, em Ibadã, Nigéria. Os dados secundários foram obtidos de livros, artigos de periódicos, publicações governamentais e da internet. Os dados gerados foram analisados por meio de análise descritiva e de conteúdo.

Entendendo os instrumentos legais da OMS

A Constituição da OMS prevê três tipos de instrumento legal, a saber: (i) convenções e acordos; (ii) regulamentos; e (iii) recomendações. O artigo 2(k) da Constituição autoriza a OMS a:

Propor convenções, acordos e regulamentações e fazer recomendações com relação a questões internacionais de saúde e desempenhar as funções que possam ser atribuídas pela Organização e que sejam consistentes com seu objetivo (WHO, [1946]).

Os poderes da OMS para adotar convenções e acordos relativos a qualquer assunto de competência da organização estão cobertos pelo artigo 19 de sua Constituição, que estabelece o seguinte:

A Assembleia de Saúde terá autoridade para adotar convenções ou acordos relativos a qualquer assunto de competência da organização. Serão necessários dois terços dos votos da Assembleia de Saúde para a adoção de tais convenções ou acordos, que entrarão em vigor para cada membro quando aceitos por ele de acordo com seu processo constitucional (WHO, [1946]).

Estudiosos argumentam que o artigo 19 confere à OMS um poder ilimitado de criação de tratados que ultrapassa os poderes de criação de tratados de seus precursores, como a Repartição Sanitária Pan-Americana, o Escritório Internacional de Saúde Pública e a Organização de Saúde da Liga das Nações. Já o artigo 21 da Constituição da OMS dá poderes à Assembleia Mundial da Saúde (AMS) para adotar regulamentações legalmente vinculantes em vários campos, tais como:

- (a) medidas sanitárias e de quarentena e outros procedimentos destinados a evitar a propagação internacional de doenças;
- (b) nomenclaturas relativas a doenças, causas de morte e medidas de saúde pública;
- (c) normas respeitantes aos métodos de diagnóstico para uso internacional;
- (d) normas relativas à segurança, pureza e ação dos produtos biológicos, farmacêuticos e similares que se encontram no comércio internacional;
- (e) publicidade e rotulagem de produtos biológicos, farmacêuticos e similares que se encontram no comércio internacional (WHO, [1946]).

Dessa forma, o artigo 21 dá à AMS a autoridade para adotar regulamentos que podem se tornar legalmente vinculantes sem o ato positivo de consentimento dos Estados, conforme simbolizado pela antiga prática convencional de assinatura e subsequente ratificação de tratados no direito internacional. Para as regulamentações adotadas de acordo com o artigo 21, há um procedimento de contratação no artigo 22, que estabelece que:

Os regulamentos adotados em conformidade com o artigo 21 entrarão em vigor para todos os Estados-membros depois de sua adoção ter sido devidamente notificada pela Assembleia da Saúde, exceto para os Estados-membros que comuniquem ao diretor-geral sua rejeição ou reservas dentro do prazo indicado na notificação (WHO, [1946]).

Os artigos 21 e 22 da Constituição da OMS foram descritos como a criação de um procedimento quase legislativo, que representa um afastamento radical da prática convencional de elaboração de tratados internacionais no final da década de 1940, quando a OMS foi criada (SHARPE, 1947).

O artigo 23 da Constituição da OMS estipula que “a Assembleia da Saúde terá autoridade para fazer recomendações aos Estados-membros com respeito a qualquer assunto dentro da competência da Organização” (WHO, [1946]). Embora os instrumentos de *soft law*, como recomendações e declarações, não sejam automaticamente vinculantes, acadêmicos especializados na área concordam que catalisaram a evolução das regras do direito internacional. No sistema estatal moderno, portanto, a relevância do direito internacional para o controle da disseminação internacional de doenças infecciosas e não transmissíveis dentro do mandato da OMS se enquadra nas três categorias de autoridade convencional de elaboração de tratados (arts. 19 e 20); autoridade regulatória (arts. 21 e 22); e autoridade não vinculante de *soft law* (art. 23) (WHO, [1946]).

Esses poderes legais explícitos existem juntamente com a autoridade geral para participar de atividades de assistência com vistas a melhorar os serviços de saúde e apoiar a opinião pública informada sobre questões de saúde nos Estados-membros (MARKS-SULTAN *et al.*, 2016). O mandato legal da OMS estende-se ao tratamento da falta de transparência nas leis nacionais de saúde pública. O artigo 63 da Constituição da OMS obriga os Estados-membros a comunicar à OMS suas leis, seus regulamentos, seus relatórios oficiais e suas estatísticas importantes sobre saúde (WHO, [1946]). Essa obrigação reflete claramente a importância das leis nacionais para a missão da OMS, na medida em que a transparência das leis nacionais e o acesso às informações legais são fundamentais para a coordenação internacional eficaz na área da saúde e para o papel de apoio da OMS no fornecimento da *expertise* e da orientação necessárias (MARKS-SULTAN *et al.*, 2016). A autoridade para coletar esses textos legais coloca a OMS em uma posição única para apoiar um melhor acesso às leis nacionais de

saúde dos Estados-membros para pesquisa, resposta emergente, informação pública e assistência técnica. No entanto, o desafio sempre foi obter a conformidade com o mandato e, em seguida, gerenciar a entrada de textos jurídicos.

A Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco e a legislação referente ao tabagismo na Nigéria

Está registrado que a OMS não adotou nenhuma convenção desde sua criação, em 1948, até 2003. No entanto, a organização recebeu várias funções de supervisão e consultoria a partir de várias convenções adotadas sob os auspícios das Nações Unidas e da Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA). A OMS herdou da Liga das Nações a função de supervisão, em relação à convenção de 1931, a fim de limitar a fabricação e regulamentar a distribuição de entorpecentes (Resolução AMS 7.7) (WHO, 1954). Também lhe foi concedida uma função semelhante, de acordo com as disposições da convenção de 1971 sobre substâncias psicotrópicas (Resolução AMS 24.57) (WHO, 1971).

A origem do trabalho da OMS com o tabaco como uma questão de saúde começou com a resolução tomada pelo Conselho Executivo em sua 55ª sessão, em 1970. De 1970 a 1995, a AMS adotou várias resoluções em favor de medidas de controle do tabaco. A resolução mais significativa da AMS relacionada ao tabagismo foi "Tabaco ou Saúde", adotada na 39ª assembleia, em 1986. A seção 1, (1) da resolução afirma "que o tabagismo e o uso do tabaco em todas as suas formas são incompatíveis com a obtenção de saúde para todos no ano 2000" (WHO, 1986). O movimento em direção à negociação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco começou em 1996, quando a AMS adotou a resolução para o desenvolvimento de uma convenção-quadro da OMS sobre o tema e protocolos relacionados. Como acompanhamento, a Resolução AMS 52.18, de 1999, estabeleceu um órgão de negociação intergovernamental para elaborar e negociar uma proposta de convenção-quadro da OMS (WHO, 1999).

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (FCTC, do inglês *Framework Convention on Tobacco Control*) foi adotada pela 56ª AMS em maio de 2003 e entrou em vigor em 2005 (WHO, 2003), sendo o primeiro tratado adotado pela OMS. Com o aumento do uso do tabaco em nível mundial como pano de fundo, concordou-se, em geral, que o uso do tabaco é um dos maiores desastres de saúde pública. Com cerca de 1,3 bilhão de fumantes no mundo (BAPTISTE, 2008), o tabagismo é a segunda principal causa de morte (um em cada dez adultos) e a previsão é de que, se os padrões de tabagismo continuarem, causará cerca de 10 milhões de mortes por ano até 2025.

Na África, os dados disponíveis mostram uma tendência de aumento do consumo na Região Africana da OMS. Por exemplo, o consumo total de cigarros na África passou de 131,181 bilhões de unidade em 1995 para 212,788 bilhões em 2000, um aumento de 38,4% (WHO [s.d.]). O relatório da Análise da Situação do Tabaco na África referente à Nigéria mostrou que as taxas de prevalência do uso de cigarros são superiores a 15%. Cerca de 93 milhões de cigarros são produzidos anualmente na Nigéria e todos são consumidos no país. A adoção da FCTC é significativa porque representa o primeiro instrumento jurídico internacional criado com o intuito de promover a cooperação multilateral e a ação nacional para reduzir o crescimento e o uso global do tabaco. Derek Yach a descreveu como "um pilar do desenvolvimento de políticas com o objetivo de reduzir a carga de doenças atribuíveis ao tabaco" (YACH, 2014). A política tem sido notavelmente bem-sucedida devido a sua ampla aceitação pelos Estados-membros da OMS, e suas disposições incluem medidas para incentivá-los a impor proibições ou restrições à publicidade, ao patrocínio e à promoção do tabaco,

estabelecer novas embalagens e a rotulagem de produtos de tabaco, estabelecer controles de ar em ambientes fechados e fortalecer a legislação para combater o contrabando de tabaco (WHO, 2003).

Especificamente, o tratado determinou que os Estados-membros adotassem uma proibição abrangente de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco, na medida em que suas constituições permitissem. Também obrigou os Estados-membros a adotar e implementar advertências e mensagens de saúde grandes, claras, legíveis e rotativas nos produtos de tabaco e em suas embalagens externas, ocupando pelo menos 30% das principais áreas de exibição. O tratado exortou os Estados-membros a adotar e implementar ou promover medidas eficazes de proteção contra a exposição à fumaça do tabaco em locais públicos e de trabalho fechados, no transporte público todos os outros espaços públicos.

O controle nacional do tabaco é a base da proteção pública antitabagismo. É incontestável que as leis ou políticas de saúde da Nigéria, especialmente as de controle do tabaco, foram influenciadas por várias resoluções da OMS. Antes da adoção da FTCT da OMS, em 2003, o país havia promulgado leis que regulamentavam o tabagismo, entre elas a *Tobacco Smoking (Control) Act* (Lei de Controle do Tabagismo) de 1990 (NIGERIA, 1990), promulgada durante o regime do general Babangida e impulsionada pelo ex-ministro da Saúde Olikoye Ransom Kutu. A Lei de Controle do Tabagismo de 1990 (NIGERIA, 1990), que previa o controle do fumo em determinados locais e a propaganda de tabaco na Nigéria, foi introduzida como parte da estratégia geral para a meta Saúde para Todos até o ano 2000, bem como do compromisso fiel com várias resoluções da OMS, especialmente a Resolução Tabaco ou Saúde (Resolução AMS 39.14, de 1986) (WHO, 1986). Outras políticas influenciadas pela OMS foram o Código de Prática Publicitária do Conselho de Profissionais de Propaganda da Nigéria (APCON, na sigla em inglês), de 1993, e a resolução da APCON em sua 89ª reunião, realizada em 11 de julho de 2001. O conselho proibiu todos os tipos de propaganda, patrocínio, promoção, testemunho e divulgação de marcas de produtos de tabaco em todo o país (THE HEALTH...).

Aparentemente, essas medidas foram adotadas na ausência de uma lei abrangente para regulamentar a fabricação, a distribuição e o consumo de produtos de tabaco na Nigéria. A FCTC não foi incorporada pelo país até 2015, dez anos após ter entrado em vigor – ainda que a Nigéria tenha sido um dos signatários do tratado, tendo-o assinado e ratificado em 2004 e 2005, respectivamente. Como Estado-membro da OMS, a Nigéria é obrigada a incorporar o tratado, e isso ocorreu na forma do Projeto de Lei do Tabaco da Nigéria, cuja criação usou a convenção da OMS como um guarda-chuva, alinhando a legislação ao tratado. O projeto de lei foi aprovado pelo Senado e pela Câmara dos Deputados em 2011, mas, infelizmente, não foi sancionado pelo presidente. Em abril de 2014, o projeto de lei foi reformulado pelo Ministério Federal da Saúde e apresentado ao Conselho Executivo Federal, que o aprovou. A Lei de Controle do Tabaco de 2015 (NIGERIA, 2015) foi finalmente sancionada pelo presidente Goodluck Jonathan em 27 de maio daquele ano. A Lei de Controle do Tabaco regulamenta a fabricação, publicidade e distribuição de produtos de tabaco na Nigéria, e suas principais disposições incluem a proibição do fumo em locais públicos, como bares e restaurantes; a proibição de fumar no transporte público, em escolas e hospitais, entre outros; a proibição de todas as formas de publicidade direta e indireta; a proibição da venda de cigarros em um raio de mil metros de áreas designadas como para não fumantes; a conscientização em massa sobre o perigo do fumo; e a formação de um comitê para orientar o governo em relação à questão do controle do tabaco no país. Antes de 2015, vários estados nigerianos haviam promulgado leis que proibiam o tabagismo em locais públicos, entre eles Osun, Cross River e o Território da Capital Federal. Não é de surpreender

que o atraso na aprovação do projeto de lei seja favorável ao setor de tabaco, que apoia uma legislação fraca ou a ausência de legislação.

Em cumprimento à FCTC, o governo federal instituiu uma campanha antitabagismo que foi divulgada na mídia. Atualmente, os maços de cigarros na Nigéria contêm aviso apenas em texto: “O Ministério Federal da Saúde adverte que os fumantes podem morrer jovens”, que cobre aproximadamente 30% da frente e 40% do verso. Isso está de acordo com a crença de que a nacionalização do artigo 11 da FCTC (WHO, 2003) em relação às advertências ilustradas pode resultar em uma redução da prevalência do tabagismo entre os jovens na Nigéria. As advertências ilustradas, quando usadas adequadamente, evocam sentimentos emotivos negativos de medo e repulsa e são prontamente compreendidas por um público diversificado, independentemente da idade ou do nível de escolaridade. Outra estratégia usada para o controle do tabaco é o preço dos cigarros: o maço com 20 cigarros mais barato na Nigéria custa 50 nairas nigerianas, enquanto os cigarros *premium* são vendidos por cerca de 200 nairas o maço. A elevação dos preços de cigarros na Nigéria provavelmente reduzirá as doenças relacionadas ao tabagismo, principalmente entre os jovens, que são sensíveis ao preço. Há evidências claras de que, entre as intervenções conhecidas atualmente, aumentos de impostos sobre o consumo acima da inflação têm o maior impacto simples sobre o tabagismo entre os jovens, principalmente porque eles são mais sensíveis ao preço e menos viciados do que os adultos (YACH, 2002) – embora a proibição de todas as formas de promoção, propaganda e *marketing* beneficie tanto os jovens quanto os adultos. Apesar de todas essas medidas, as empresas de tabaco continuaram a explorar áreas não cobertas pelas diretrizes da APCON ou pelas leis existentes – como vans de entrega, pontos de venda, sinais de trânsito e guarda-chuvas – para anunciar seus produtos. Também continuaram a associar o tabaco a arte, música e moda, entre outros, e codificaram por cores todas as suas marcas na Nigéria.

A British American Tobacco Company (BATN) sempre argumentou contra o aumento dos impostos sobre os produtos de tabaco, uma recomendação que a FCTC apresenta como chave para reduzir o número de pessoas que compram cigarros. Os críticos da medida têm afirmado que vai contra as empresas de tabaco e é uma violação do memorando de entendimento entre o governo federal e as empresas, especialmente a BATN (CORRUPT..., 2007). Segundo eles, a BATN, por exemplo, contribuiu para o desenvolvimento econômico do país por meio de projetos sustentáveis de desenvolvimento agrícola, uso da água e meio ambiente e programas de redução da pobreza e capacitação econômica.

No entanto, vários estudos examinaram o possível impacto econômico da eliminação completa do consumo e da produção de tabaco (ECONOMIC...), e as evidências mostram que essa eliminação não afetará a economia porque o uso do tabaco tem muitos custos externalizados não pagos pelos fumantes ou pelos fabricantes. Isso envolve custos de saúde incorridos pelo governo ao cuidar de doenças relacionadas ao tabagismo. Quando as pessoas não gastarem mais em tabaco, o farão em outras coisas (THE FISCAL..., 2003), o que estimulará outros setores da economia; por outro lado, se o dinheiro for poupado em vez de gasto, o aumento da poupança terá efeitos macroeconômicos estimulantes. A análise do Banco Mundial sobre a economia relacionada ao uso do tabaco também desmascarou muitos dos mitos sobre as perdas de emprego e receita que a proibição efetiva supostamente causaria (WORLD BANK, 1999), demonstrando que as políticas que reduzem a demanda por tabaco – como o aumento dos impostos – não causarão perdas de emprego no longo prazo nem reduzirão as receitas fiscais. Ao contrário, trarão benefícios sem precedentes para a saúde sem prejudicar as economias.

Na Nigéria, o avanço no controle do tabaco tem sido lento por dois motivos fundamentais: fraca capacidade humana e institucional na economia legislativa, e pressões e falta de vontade política (ANAEMENE, 2016). Embora a Nigéria tenha levado dez anos para internalizar o tratado da OMS, somente uma estrutura legal abrangente, como a Lei de Controle do Tabaco, pode resolver o problema do tabagismo no país. A implementação efetiva da Lei do Tabaco é definitivamente o caminho a ser seguido, e isso depende, na verdade, do apoio público. Por esse motivo, o apoio da mídia e comunicações que enquadrem o debate sobre o tabaco em termos de saúde pública e incentivem um debate público vigoroso sobre as opções de controle são essenciais.

O Regulamento Sanitário Internacional revisado da OMS e as leis de saúde pública na Nigéria

Desde a criação da OMS, apenas dois regulamentos foram adotados pela Assembleia nos termos do artigo 21, (a) e (b). O primeiro foi em 1948: o Regulamento n. 1 da OMS, referente à unificação da classificação estatística de morbidade e mortalidade, principalmente para fins de comparabilidade (WHO, 1948). Desde então, esse regulamento foi revisado várias vezes. Esse regulamento tem importância histórica, primeiramente porque forneceu um guia para os Estados-membros compilarem estatísticas de mortalidade e morbidade por causa, idade, sexo e região. Em segundo lugar, constituiu um avanço no direito internacional ao impor obrigações aos Estados sem a ratificação de um tratado formal.

O segundo regulamento da OMS foi adotado pela 4ª AMS, em 1951 (WHO, 1951), e substituído em 1969 pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI, na sigla em inglês) (WHO, 1969), que entrou em vigor em 1971. O RSI, uma versão revisada das convenções sanitárias internacionais anteriores, incluindo as de 1903, 1912 e 1926, é importante porque garante segurança máxima contra a disseminação internacional de doenças com interferência mínima no tráfego mundial. Contém regras sobre notificação e informações epidemiológicas, organizações nacionais de saúde, importações e aeroportos, e medidas sanitárias em transporte, carga, mercadorias, bagagem e correio. Além disso, contém regras específicas sobre cada uma das doenças sujeitas à regulamentação, sobre documentos e sobre índices de saúde. Em 1973, a AMS emendou os regulamentos, especialmente no que diz respeito às disposições para o cólera. A 34ª AMS, em 1981, incluiu uma emenda para excluir a varíola, dada sua avaliação global.

Em um desenvolvimento semelhante, a AMS solicitou em 1995 ao diretor-geral da OMS que preparasse uma revisão do Regulamento Sanitário Internacional. Nesse sentido, foi realizada uma consulta informal em dezembro de 1995. Concluiu-se que o RSI havia atendido adequadamente e continuaria a atender aos princípios sobre os quais fora concebido. A 52ª AMS, em 1999, considerou um relatório da Secretaria da OMS sobre o avanço do processo de revisão e atualização do RSI (WHO, 2005).

Finalmente, em 2005, o RSI foi revisado (WHO, 2005). O regulamento revisado representou um instrumento jurídico internacional que vincula praticamente todos os Estados da comunidade internacional. Como bem observou o professor Lawrence Gostin, os poderes normativos da OMS são impressionantes e de longo alcance, “uma vez que os Estados podem ser obrigados por regulamentos de saúde sem a necessidade de assiná-los e ratificá-los afirmativamente” (GOSTIN, 2008, p. 242).

Uma das inovações mais importantes introduzidas pelo regulamento revisado é sua aplicação a um amplo espectro de doenças infecciosas que exigem vigilância epidemiológica contínua, bem como notificação obrigatória à OMS quando ocorrem

eventos incomuns e imprevistos de relevância internacional. Conforme apontado por David Fidler em seus primeiros comentários sobre a minuta do regulamento,

essa abordagem inovadora – que prevê uma “categoria aberta” abrangendo qualquer doença que possa colocar a saúde pública em risco de modo grave e generalizado – representa o verdadeiro elemento revolucionário que caracteriza o RSI 2005, pois permite uma aplicação mais flexível com melhor gerenciamento de novos riscos à saúde (FIDLER, 2002, p. 3).

Especificamente, a Nigéria participou de todas as regulamentações anteriores, mesmo antes de se tornar membro pleno da OMS, em 1960. Isso se manifesta em várias leis, políticas e arranjos institucionais de saúde pública. O artigo 3, parágrafo 4 do RSI revisado enfatiza o direito soberano do Estado de legislar em prol de suas políticas de saúde, mas a discricionariedade deve ser exercida dentro dos limites do RSI 2005 (WHO, 2005). Duas fontes de mecanismos legais autorizam o governo federal a adotar ações de precaução e de subordinação com base em especulações sobre emergências ou durante emergências. Uma fonte de autoridade é a Constituição da Nigéria, que permite que o presidente anuncie uma emergência de saúde pública e restrinja determinados direitos individuais, incluindo o direito à liberdade pessoal e à propriedade. O presidente também está autorizado por lei a declarar estado de emergência unilateralmente ou a pedido de um governador de estado caso:

[...] c) haja um colapso crítico da ordem pública e da segurança pública na federação ou em qualquer parte dela que exija medidas extraordinárias para restaurar a paz e a segurança; d) haja um perigo claro e presente de colapso real da ordem pública e da segurança pública na federação ou em qualquer parte dela que exija medidas extraordinárias para evitar tal perigo; e) haja ocorrência ou perigo iminente, ou ocorrência de qualquer desastre ou calamidade natural que afete a comunidade ou um setor da comunidade na federação; f) haja qualquer outro perigo público que claramente constitua uma ameaça à existência da federação (NIGERIA, 1999).

Em 2014, o então presidente nigeriano, Goodluck Jonathan, exerceu sua autoridade, conforme consagrado na Constituição, ao anunciar uma emergência nacional após o surto da doença ebola no país (EBOLA..., 2014). Também orientou todos os órgãos governamentais relevantes, em nível tanto federal quanto estadual, a trabalharem em conjunto para conter a doença. Um Plano de Intervenção Especial e um Fundo de Intervenção Especial de 1,9 bilhão de nairas também foram liberados para combater o vírus. Da mesma forma, o presidente Mohammadu Buhari exerceu os mesmos poderes quando assinou os Regulamentos da Covid-19 em 2020, que a declararam doença infecciosa perigosa.

Outro mecanismo legal é o regime estatutário (legal). A Lei de Quarentena Revisada de 2004, ainda a única lei existente que rege assuntos relacionados à crise de saúde pública no país (NIGERIA, 2004a), prevê e regulamenta a imposição de quarentena e toma outras providências para evitar a introdução e a disseminação de doenças infecciosas na Nigéria e a transmissão de doenças infecciosas a partir da Nigéria, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional. A Lei de Quarentena exige que o presidente declare qualquer doença contagiosa como uma doença infecciosa mortal – essa autoridade foi usada no passado para classificar a doença do sono como uma infecção prejudicial. Da mesma forma, a lei confere ao presidente o poder de declarar qualquer local dentro ou fora do país como área local infectada. O Projeto de Lei de Saúde Pública da Nigéria, atualmente em discussão nas casas legislativas do país, pretende substituir a Lei de Quarentena.

Um dos principais requisitos do RSI 2005 (WHO, 2005) é a criação de capacidades essenciais nos vários pontos de entrada de cada país – aeroportos, portos e fronteiras terrestres. Isso é fundamental para facilitar a resposta oportuna a eventos de emergência de saúde pública de interesse internacional. Além disso, estipula a função das autoridades competentes nos vários pontos de entrada designados. Para gerenciar esse esforço, a Nigéria estabeleceu Serviços de Saúde Portuária no âmbito do Departamento de Saúde Pública do Ministério Federal da Saúde. Vale ressaltar que os Serviços de Saúde Portuária haviam sido originalmente criados em 1925, em resposta à epidemia de peste (ADEMUSON, 2011). Hoje, os Serviços de Saúde Portuária têm a responsabilidade de implementar o RSI nos pontos de entrada designados, ou seja, em cinco aeroportos internacionais e em cinco portos marítimos, bem como nas fronteiras terrestres (presentes em 22 dos 36 estados do país).

O Centro de Controle de Doenças da Nigéria (NCDC, do inglês *Nigeria Centre for Disease Control*) é outra instituição criada em resposta às exigências do RSI. O NCDC foi concebido principalmente para identificar, avaliar e comunicar ameaças atuais e emergentes à saúde humana causadas por doenças infecciosas. Para tanto, faz parcerias com outras agências nacionais de saúde na África a fim de cumprir suas responsabilidades de desenvolver e fortalecer a vigilância de doenças e os sistemas de alerta precoce. A agência também está envolvida no fornecimento de informações científicas e em capacitações científicas.

Outra área na qual os regulamentos da OMS influenciaram a política pública nigeriana foi a de vigilância e resposta integradas a doenças. O artigo 5.1 do RSI 2005 exige que os Estados-membros adotem ou fortaleçam sua infraestrutura de vigilância e resposta em saúde pública (WHO, 2005). A Nigéria introduziu o sistema de vigilância de doenças em 1988, fundamentado pelo surto de febre amarela em 1986/87, que afetou dez dos 19 estados da federação existentes na época. A extensão do surto foi atribuída a mecanismos de notificação e vigilância de doenças fracos ou mesmo inexistentes na maioria dos estados (NIGERIA, 2005a). Na sequência, o Ministério Federal da Saúde criou um comitê para analisar os mecanismos de vigilância e notificação de doenças no país e, posteriormente, o Sistema de Vigilância e Notificação de Doenças (DSNS, do inglês *Disease Surveillance and Notification System*) foi desenvolvido em 1988/89. O DSNS identificou e designou 40 doenças de importância para a saúde pública que exigem notificação mensal de rotina.

Embora tenham sido feitos avanços significativos na implementação do sistema de vigilância de doenças no final da década de 1980 e início da década de 1990, eles não produziram o resultado esperado – as informações necessárias para uma resposta imediata. Isso pode ser atribuído aos sistemas de vigilância vertical adotados por alguns programas de controle de doenças. Além disso, o envolvimento dos laboratórios era insatisfatório. Essa situação decepcionante não se restringiu à Nigéria; outros países da Região Africana da OMS enfrentaram um desafio semelhante. Como corolário, o Comitê Regional da OMS para a África, em sua 48ª sessão, em setembro de 1988 em Harare, Zimbábue, pressionou os Estados-membros a fazerem uma revisão total de seus sistemas de vigilância. O Comitê também promoveu a adoção de um sistema integrado de vigilância de doenças entre os países da região. A Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (VRID) que surgiu desse desenvolvimento foi endossada pelos países da Região Africana da OMS, incluindo a Nigéria.

Como parte da etapa inicial do processo de implementação da VRID na Nigéria, foi organizada uma oficina de orientação em junho de 2000, principalmente para sensibilizar as principais partes envolvidas. Além disso, o Comitê Diretor criado em janeiro de 2001 para conduzir o processo de implementação realizou uma avaliação completa do sistema de vigilância existente. Ele constatou que uma das deficiências do sistema anterior era o uso da vigilância vertical por determinados programas de doenças. Outras

falhas incluem a proliferação de formulários e formatos de notificação que resultaram em notificações incompletas e fora do prazo; a escassez de medicamentos e vacinas pré-posicionados; a falta de ferramentas de comunicação; a ausência de protocolos de gerenciamento de casos; equipamentos laboratoriais insuficientes; a alta taxa de doenças transmissíveis, como malária, diarreia, pneumonia, sarampo, tuberculose e HIV/Aids; e o financiamento insuficiente (NIGERIA, 2005a). O Comitê apresentou três recomendações principais: (i) estabelecer definições de casos-padrão nacionais e protocolos de gerenciamento para doenças prioritárias; (ii) fazer o treinamento necessário para a VRID; e (iii) destinar uma linha orçamentária para a VRID (NIGERIA, 2005a). Como consequência, a Política Nacional de Vigilância e Resposta Integrada às Doenças foi formulada em 2005. A política forneceu uma diretriz nacional abrangente para a VRID, detalhando as responsabilidades setoriais, e definiu as funções dos níveis do sistema público e privado de saúde da Nigéria.

O Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno da OMS e a legislação de saúde na Nigéria

De acordo com a responsabilidade conferida à OMS pelo artigo 23 de sua Constituição, uma recomendação conhecida como Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (WHO, 1981) foi adotada pela 34ª AMS, em 1981. Esse código foi formulado em 1981 em resposta à constatação de que as práticas inadequadas de alimentação infantil estavam afetando negativamente o crescimento, a saúde e o desenvolvimento das crianças, o que era visto como uma das principais causas de mortalidade em bebês e crianças pequenas. Além disso, as práticas inadequadas de alimentação infantil eram um sério obstáculo ao desenvolvimento social e econômico.

O processo para a adoção do código envolveu intensas consultas e negociações entre as partes interessadas – a própria OMS, representantes de governos, organizações intergovernamentais, organizações não governamentais, setor industrial e especialistas nos campos envolvidos. O processo também assumiu a forma de debates entre religiosos, movimentos de consumidores e grupos de ação locais, de um lado, e a indústria, de outro.

Em janeiro de 1981, o Conselho Executivo da OMS endossou a quarta minuta do código e deu seu apoio unânime a uma resolução para que a AMS adotasse o código como recomendação, e não como regulamento. O código foi finalmente adotado em maio de 1981, por 118 votos, na 34ª AMS; um Estado-membro (Estados Unidos) votou contra o código, e três (Argentina, Japão e República da Coreia) se abstiveram. Os Estados Unidos se opuseram ao código da OMS desde o início, afirmando que suas disposições eram irrealistas e impraticáveis, operavam contra a saúde infantil, serviam como um ataque ao livre mercado e violavam o direito à liberdade de expressão.

Apesar dessas críticas, argumenta-se que os esforços da OMS para proteger a criança por meio do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno foram um exemplo de tentativa de garantir o direito do bebê à alimentação. Ele também serviu para conscientizar o público sobre as causas da desnutrição infantil no mundo, especialmente nos países em desenvolvimento. O código estabelece disposições detalhadas sobre informação e educação acerca da alimentação infantil; promoção de substitutos do leite materno e produtos relacionados para o público e para as mães; promoção de substitutos do leite materno e produtos relacionados para profissionais de saúde e em ambientes de assistência médica; rotulagem e qualidade do leite materno; e a implementação e o monitoramento do código (WHO, 1981).

É pertinente afirmar que existe uma versão do código. No entanto, várias resoluções da AMS adotadas desde 1981 se referiam à comercialização e distribuição de substitutos do leite materno. Também é digno de nota o fato de a OMS ter continuado a promover a nutrição de bebês e crianças pequenas, incluindo o apoio técnico aos governos nacionais para a implementação do código. Para esse fim, foi adotada a Declaração de Innocenti, que estabeleceu metas operacionais para a implementação do código nos Estados-membros (UNICEF, 2005). A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) organizaram em conjunto a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que se concentrou no papel dos serviços de saúde na promoção da maternidade segura, da sobrevivência infantil e da atenção primária à saúde. A iniciativa estabeleceu vários critérios que os hospitais precisam cumprir para obter o *status* de amigo do bebê (BABY-FRIENDLY...), entre os quais está a não distribuição de suprimentos gratuitos ou de baixo custo como substitutos do leite materno. Em 2002, os Estados-membros da OMS aprovaram a Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância (GLOBAL..., 2002).

A Nigéria incorporou o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno em 1986 e o respaldou juridicamente com a Lei de Comercialização (Substitutos do Leite Materno) n. 41 de 1990, emendada pela Lei n. 22 de 1999 (NIGERIA, 2004b). De acordo com relatório do Unicef, a Nigéria está entre os países que promulgaram legislação ou outras medidas legais que abrangem muitas das disposições do código internacional (UNICEF, 2011). Em maio de 1999, o governo federal revisou e alterou o código de comercialização de substitutos do leite materno. Isso deu origem ao *Marketing of Infant and Young Child Foods and other Designated Products Regulations* (regulamento para comercialização de alimentos e outros produtos destinados a bebês e crianças pequenas, em tradução livre) da *National Agency for Drug Administration and Control* (NAFDAC, Agência Nacional de Administração e Controle de Medicamentos) em 2005 (NIGERIA, 2006) – publicado, lançado e divulgado para as partes interessadas, incluindo os fabricantes de alimentos para bebês, em 2006. Essa alteração introduziu muitas mais severas e uma definição mais clara de substituto do leite materno. Um grande desafio tem sido o monitoramento e a aplicação do código. Para resolver esse problema, o governo embarcou no desenvolvimento de um sistema para monitorar a comercialização de substitutos do leite materno, realizado pelo *National Committee on Food and Nutrition* (NCFN, Comitê Nacional de Alimentos e Nutrição) da NAFDAC e pelo Unicef. Alguns resultados da regulamentação incluem a Política Nacional de Aleitamento Materno da Nigéria, adotada em 1998.

Obedecendo à Declaração de Innocenti (UNICEF, 2005), que estabeleceu metas operacionais para a implementação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e recomendou que todos os governos desenvolvessem políticas nacionais de aleitamento materno, a Nigéria adotou a Política Nacional de Aleitamento Materno em 1998, com a recomendação de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebê. Foi nomeada uma Coordenação Nacional de Aleitamento Materno, o que proporcionou um ponto focal eficaz. Entretanto, após dois anos, a coordenação deixou de funcionar devido à persistente alocação de pessoal no Ministério da Saúde, o que tornou o escritório redundante. Além disso, o financiamento inadequado prejudicou a eficácia da coordenação. A IHAC incentivou os hospitais e as instalações que prestam assistência à maternidade a seguir dez etapas, recomendando que os hospitais e maternidades que precisassem comprar substitutos do leite materno o fizessem pelo preço integral por meio dos canais normais de aquisição, aceitando suprimentos gratuitos ou de baixo custo.

De acordo com o Relatório de Avaliação da OMS de 2008, 1.052 dos 21.562 hospitais e instalações que oferecem serviços de maternidade foram considerados amigos da criança (WHO, 2008). Além disso, o resultado de uma avaliação da IHAC em 2000

revelou mudanças favoráveis no conhecimento e nas práticas de amamentação das mães lactantes. A avaliação mostrou uma taxa de amamentação exclusiva de 62% aos quatro meses e de 59% aos seis meses em uma amostra de bebês nascidos em hospitais da IHAC (WHO, 2008). No entanto, tem sido argumentado que, se uma pesquisa semelhante fosse realizada hoje, seria improvável obter números como esses. Isso se deve ao fato de a iniciativa ter perdido seu ímpeto inicial, não sendo mais realizada com o mesmo vigor de quando fora introduzida. Isso é evidenciado pelo fato de que apenas 39% das crianças de seis meses de idade estavam sendo amamentadas exclusivamente em 2012 (ANUFORO, 2013).

Em 2005, a Nigéria adotou uma política nacional abrangente para tratar da alimentação infantil – a *National Policy on Infant and Young Child Feeding* (NIGERIA, 2005b). As disposições das recomendações da OMS, como o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, e outras iniciativas, como a Declaração de Innocenti sobre proteção, promoção e apoio à amamentação e a IHAC, foram reconhecidas na articulação dessa política, adotada para preencher as lacunas reveladas nas disposições sobre alimentação de bebês e crianças pequenas das políticas nacionais disponíveis sobre nutrição e saúde materno-infantil. Uma política nacional abrangente na Nigéria tornou-se imperativa devido à pandemia de HIV/Aids e à possibilidade de transmissão do vírus por meio de opções inadequadas de alimentação.

A política também reconhece que há crianças em circunstâncias especiais e que precisam de mais atenção e apoio para atender a suas necessidades nutricionais. Além disso, há situações em que substitutos do leite materno ou outros tipos de alimentação artificial podem ser necessários. Esses grupos incluem bebês e crianças pequenas de mães portadoras do HIV; bebês e crianças pequenas doentes, particularmente com diarreia persistente e que vivem com HIV/Aids; bebês com baixo peso ao nascer; bebês e crianças pequenas adotados; bebês e crianças pequenas em emergências; e bebês com fenda palatina.

Outras políticas nigerianas incluíram o *National Plan of Action on Food and Nutrition* (plano nacional de ação sobre alimentação e nutrição) de 2005, cujo objetivo era melhorar a situação nutricional de todos os nigerianos, com ênfase especial nos grupos mais vulneráveis, como crianças, mulheres e idosos. A *National Policy on Food and Nutrition* (política nacional de alimentação e nutrição) de 2002 também enfatizou a necessidade de promover, incentivar e apoiar o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses e promover a continuidade do aleitamento materno até o segundo ano de vida. É importante observar que, apesar das disposições legislativas, a implementação efetiva do código tem sido fraca. A Nestlé e outras empresas continuaram a promover alimentos para bebês por outros meios – sob o pretexto de prestar serviços de nutrição, a Nestlé, por exemplo, continua a patrocinar encontros de médicos e usado muitas estratégias para promover seus produtos na Nigéria. Além disso, essas empresas têm tentado contornar a forte condenação que recebem da comunidade global de saúde. Para isso, muitas delas formaram parcerias com agências das Nações Unidas para combater a desnutrição, de forma a vincular sua marca à imagem humanitária das agências da ONU para se beneficiarem dos fundos de ajuda que os governos doadores destinam a essas agências. Por exemplo, a parceria de saúde global da *Global Alliance for Improved Nutrition* (GAIN) abre seu site com a mensagem: “Melhorar a nutrição também pode beneficiar seriamente seus negócios, criando crescimento em mercados novos e existentes” (GLOBAL..., 2008).

Outro grande retrocesso é o fato de que os grupos da sociedade civil não monitoraram a conformidade com a Lei de Comercialização (Substitutos do Leite Materno) na Nigéria. Na Índia, por exemplo, dois grupos da sociedade civil, a *Breastfeeding Promotion Network of India* (BPNI) e a *Association for Consumer Action on Safety and*

Health (ACASH), foram fundamentais para expor as práticas ilegais das empresas fabricantes de alimentos para bebês. Em 1994 e 1995, o governo indiano emitiu uma notificação no *Gazette of India* para autorizar a BPNI, a ACASH e outras duas organizações semigovernamentais nacionais a monitorar a conformidade, habilitando-as a iniciar ações legais (GLOBAL..., 2008). A situação na Nigéria é completamente diferente: o não envolvimento da sociedade civil pode ser visto como uma omissão, demonstrando como a defesa e a ação sustentadas por esses grupos poderiam influenciar a opinião pública e a tomada de decisões. Outros fatores atuaram contra o sucesso da implementação do código na Nigéria, como o problema associado à implementação de políticas públicas no país. Observou-se que, apesar da disponibilidade de políticas públicas que buscam melhorar a vida do nigeriano médio, o Estado não tem vontade política para concretizar esses objetivos. O argumento é que, mesmo que os objetivos estabelecidos beneficiem o público, alguns grupos de pessoas, geralmente os influentes no governo, prejudicam ou frustram a implementação dessas políticas públicas. Outro problema é que o Estado nigeriano minimiza as questões cruciais do projeto de implementação de políticas públicas, tendência que se traduz no advento de políticas públicas sem modalidades ou mecanismos de implementação bem-definidos – na maioria dos casos, o governo formula políticas nacionais sem medidas de esclarecimento e educação adequadas. A corrupção também é um problema importante na implementação de políticas públicas na Nigéria. De fato, quando a corrupção penetra no processo de implementação, as políticas públicas sofrem mutações e os objetivos desejados podem não ser alcançados. A maioria das políticas públicas é formulada, mas a corrupção as arruína e impossibilita o processo de implementação. Outro problema pode surgir quando os beneficiários-alvo não estão envolvidos na formulação de políticas que afetam suas vidas. Além disso, o fato de os governantes não levarem em consideração as variáveis sociais, políticas, econômicas e administrativas ao analisarem a formulação de políticas pode prejudicar o processo de implementação. Em termos instrutivos, alguns órgãos e instituições governamentais não têm a mão de obra e os recursos financeiros necessários para implementar essas políticas. O alto nível de pobreza e o baixo nível de alfabetização, bem como as práticas socioculturais, também têm constituído um sério obstáculo à implementação efetiva do código no país.

A OMS e o direito à saúde na Nigéria

A saúde é um direito humano fundamental, indispensável para o exercício de muitos outros direitos humanos e necessária para uma vida digna. Vale lembrar que o direito ao mais alto padrão possível de saúde foi enunciado como norma pela primeira vez em 1948, na Constituição da OMS, e, desde então, tem sido reiterado em várias declarações da organização, como a Declaração de Alma-Ata de 1978 sobre Atenção Primária à Saúde (WHO, 1978) e a Declaração Mundial de Saúde de 1998 (WHO, 1998). Entender a saúde como um direito humano cria uma obrigação legal dos Estados de garantir o acesso à assistência médica oportuna, aceitável e acessível, com qualidade adequada, bem como de fornecer os determinantes subjacentes da saúde, como água potável e segura, saneamento, alimentação, moradia, informações e educação relacionadas à saúde e igualdade de gênero (RIEDEL, 2014). Assim, o direito à saúde exige que o governo e o Judiciário da Nigéria tomem medidas positivas para garanti-lo aos nigerianos. Na Constituição do país, o direito à saúde é garantido pela seção 17, (c) e (d) (conforme emenda), que declara que os estados devem direcionar sua política para garantir que: “(c) a saúde, a segurança e o bem-estar de todas as pessoas empregadas sejam protegidos e não sejam colocados em risco ou abusados; (d) haja instalações médicas e de saúde adequadas para todas as pessoas” (NIGERIA, 1999).

Além disso, o Conselho Nacional de Saúde da Nigéria tem a obrigação de “garantir que as crianças entre zero e cinco anos de idade e as mulheres grávidas sejam imunizadas com vacinas contra doenças infecciosas”. De acordo com a *National Programme on Immunization Act* (Lei do Programa Nacional de Imunização), não há limitação de idade, pois o governo é obrigado a controlar efetivamente, por meio da imunização e do fornecimento de vacinas, a ocorrência de determinadas doenças mortais, como tuberculose, poliomielite, difteria, coqueluche, tétano, tétano neonatal, sarampo, doenças de mulheres em idade fértil, entre outras. O Conselho Nacional de Saúde deve garantir a prestação de serviços básicos de saúde ao povo da Nigéria e priorizar outros serviços de saúde que possam ser prescritos periodicamente pelo Ministério da Saúde após consulta ao conselho.

A *National Health Act* (NHA, Lei Nacional de Saúde) de 2014 (NIGERIA, 2014) também é uma das legislações que defendem o direito humano à saúde. A lei fornece estrutura jurídica para a regulamentação, o desenvolvimento e o gerenciamento do sistema sanitário e estabelece padrões para a prestação de serviços de saúde na Nigéria e para assuntos relacionados. A NHA consiste em sete partes, incluindo: responsabilidade pela saúde e elegibilidade para os serviços de saúde e estabelecimento do Sistema Nacional de Saúde, Estabelecimentos e Tecnologias de Saúde, Direitos e Obrigações dos Usuários e do Pessoal de Saúde, Sistema Nacional de Pesquisa e Informação em Saúde, Recursos Humanos para a Saúde, Controle do Uso de Sangue, Produtos Sanguíneos, Tecidos e Gametas em Humanos, regulamentos e disposições diversas. A lei não foi totalmente operacionalizada devido a vários desafios, incluindo o desconhecimento da lei por parte dos profissionais de saúde e da população e o pouco comprometimento político do governo com a implementação da lei (ENABULELE, 2017). Entretanto, ela tem o potencial de redefinir significativamente o sistema de saúde da Nigéria e proteger o direito à saúde do povo nigeriano.

Outras legislações para a proteção do direito à saúde da população nigeriana incluem a *National HIV/AIDS Agency Act* (Lei da Agência Nacional de HIV/Aids), a *National Agency for Food and Drug Administration and Control Act* (Lei da Agência Nacional de Administração e Controle de Alimentos e Medicamentos), a *Food and Drug Act* (Lei de Alimentos e Medicamentos) e leis como *Dangerous Drug Act*, *Counterfeit and Fake Drugs and Unwholesome Processed Foods* (Lei de Medicamentos Perigosos, Medicamentos Falsificados e Alimentos Processados Prejudiciais, com disposições diversas), e a *Quarantine Act* (Lei de Quarentena). A *National Environmental Standards and Regulations Enforcement Agency (Establishment) Act* (Lei de [Estabelecimento] da Agência Nacional de Execução de Normas e Regulamentações Ambientais) e outras legislações e regulamentações de proteção ambiental também protegeram o direito à saúde.

Conclusão

A experiência nigeriana demonstra a relação entre as ações nacionais e a implementação do direito internacional da saúde. A Nigéria fez um progresso notável em termos de governança de questões de saúde manifestadas em respostas legais, arranjos institucionais e iniciativas políticas. Essas são indicações claras da influência dos regimes jurídicos da OMS sobre as leis nacionais de saúde pública na Nigéria por meio de seus instrumentos jurídicos. É axiomático que a lei nacional seja uma ferramenta de intervenção. Ela tem um impacto positivo sobre a saúde da população, mas também pode ser um obstáculo à ação. As principais conquistas da saúde pública nas últimas três décadas dependeram de intervenções legais. Por exemplo, respostas legais foram utilizadas para reduzir o consumo de tabaco, gerenciar emergências de saúde pública e doenças crônicas relacionadas ao estilo de vida. Em praticamente todos os casos que envolvem problemas de saúde pública, os Estados, inclusive a Nigéria,

devem incorporar as obrigações legais internacionais às leis e políticas nacionais. Isso é imperativo, pois uma falha no processo de incorporação pode comprometer todo o regime internacional. Uma vez promulgada, a legislação sanitária pode ser uma ferramenta poderosa para mudar comportamentos e ambientes prejudiciais à saúde e para coordenar o trabalho dos sistemas de saúde. No entanto, um dos pontos fracos da Nigéria em relação a seus sistemas jurídicos nacionais em geral e à legislação nacional de saúde pública especificamente é a falta de respeito ao Estado de direito. Não há como negar que a multiplicação de regimes jurídicos internacionais pouco contribui para a incorporação de suas normas às leis e políticas nacionais se os Estados não aprimorarem simultaneamente o Estado de direito. Para validar a visão de que a lei é uma ferramenta eficaz para a proteção e promoção da saúde, os cidadãos devem ser mobilizados e capacitados para garantir a aplicação de seu direito à saúde.

São necessárias melhorias na legislação de saúde das nações. A saúde pública moderna não conseguirá ser eficaz sem leis, e a OMS não conseguirá atingir seus objetivos a menos que possa ajudar todos os Estados-membros, inclusive a Nigéria, a desenvolver e implementar todas as ferramentas legais e regulatórias necessárias. A OMS deve demonstrar uma liderança forte e comprometida nessa área, concentrando-se em melhorar a conformidade jurídica, a transparência e a responsabilidade entre seus Estados-membros para garantir a obtenção contínua do desenvolvimento sustentável. Para isso, a OMS deve desenvolver um programa de capacitação em leis de saúde pública e vigilância de políticas para garantir esforços contínuos e organizados a fim de ajudar os Estados-membros a fortalecerem sua infraestrutura jurídica.

Referências

- ADEMUSON, Enitan. *Ports Health Services, Nigeria*. Paper presented at the second ICAO CAPSA Global Coordination meeting and CAPSA – Africa second steering committee and Third regional Regional Aviation Medicine and Public Health Team Meetings Abuja Nigeria, 10-13 Oct. 2011. Disponível em: www.capsa.org/Meetings/Global2011/CAPSAGlobal2-9.pdf. Acesso em: 20 jul. 2019.
- ANAEMENE, Benjamin Uchenna. From inaction to action: the World Health Organisation and Tobacco control policies in Nigeria since 1970. *Journal of Retracing Africa*: v. 3, n. 1, p. 43-58, Dec. 2016. Disponível em: <https://encompass.eku.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1103&context=jora>.
- ANUFORO, E. Exclusive breastfeed campaign heightens. *The Guardian*, Aug. 16, 2013.
- BABY-FRIENDLY Initiative. Disponível em: <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/ten-steps-to-successful-breastfeeding>. Acesso em: 13 jul. 2019.
- BAPTISTE, J. P. Framework Convention on tobacco control: a significant response to non-communicable disease prevention and control. *African Health Monitor*, p. 20-23, Jan./June 2008. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/1256358/framework-convention-on-tobacco-control-a-significant-response_FcVysol.pdf.
- CORRUPT Nigerian government wants \$44 billion from multinational tobacco companies. *Nigerian Times*, Nov. 8, 2007. Disponível em: <http://nigeriantimes.blogspot.com/2007/11/corrupt-nigerian-government-wants-44.html>.
- EBOLA outbreak: Nigeria declares national emergency. *BBC News*, Aug., 9, 2014. Available at: <https://www.bbc.com/news/world-africa-28715939>. Acesso em: 19 jul. 2023.
- ECONOMIC impact of tobacco use on employees. *Tobacco Economics*, April 2019. Disponível em: <http://www.mayoclinichealthsolutions.com/product/Tobacco-quitline-economicimpact.cf>. Acesso em: 15 jun. 2019.
- ENABULELE, O. Nigeria's National Health Act 2014: a review of some of its implications and challenges. *Annals of Biomedical Sciences*, v. 16, n. 2, p. 243-259, 2017. Disponível em: <https://www.ajol.info/index.php/abs/article/view/160385>. Acesso em: 31 maio 2023.
- FIDLER, David P. Comments on WHO's Interim Draft of the revised International Health Regulations. In: GOSTIN, Lawrence (Ed.). *Public law and ethics: a reader*. Berkeley: University of California Press, 2002.

- FIDLER, David P. International law and global public health. *University of Kansas Law Review*, v. 48, n. 1, p. 1-58, 1999. Disponível em: <https://www.repositorio.law.indiana.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=1655&context=facpub>.
- GLOBAL Health Watch Staff. *Global Health Watch 2. an alternative world health report*. London: Zed Books, 2008.
- GLOBAL strategy for infant and young child feeding 2002 Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9241562218>.
- GOSTIN, Lawrence. *Global health law health in a global community in public health law: power, duty, restraint*. Berkeley: University of California Press, 2008.
- MARKS-SULTAN, Géraldine et al. National Health Law: a role for WHO in capacity building and promoting transparency. *Bulletin of the World Health Organisation*, v. 94, p. 534-539, 2016. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.164749>.
- NIGERIA. *Constitution of the Federal Republic of Nigeria 1999*. Disponível em: <http://www.nigeria-law.org/ConstitutionOfTheFederalRepublicOfNigeria.htm>. Acesso em: 19 jul. 2023.
- NIGERIA. Federal Republic of Nigeria. Marketing (Breast-milk Substitutes) Act Chapter M5. *The Laws of the Federation of Nigeria*, Federal Ministry of Justice, v. 8, 2004.
- NIGERIA. Federal Republic of Nigeria. Marketing of infant and young children food and other designated products (Registration, sales, Etc). *Regulations: Federal Republic of Nigeria Official Gazette - Lagos*, v. 93, n. 30, v. 93, p. B73-81, 2nd May 2006. National Agency for Food and Drug Administration and Control Act 1993 (as Amended). Disponível em: <https://gazettes.africa/archive/ng/2006/ng-government-gazette-dated-2006-05-02-no-30.pdf>. Acesso em: 31 maio 2023.
- NIGERIA. Federal Republic of Nigeria. National Health Act, 2014. *Official Gazette*, n. 145, Lagos, 27th Oct. 2014. Disponível em: <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/104157/126947/F-693610255/NGA104157.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2023.
- NIGERIA. Federal Republic of Nigeria. *National Policy on Infant and Young Child Feeding in Nigeria*. Abuja: Federal Ministry of Health, Nutrition Division, 2005a. Disponível em: <http://www.iycn.org/files/National-Policy-on-Infant-and-Young-Child-Feeding-in-Nigeria.pdf>. Acesso em: 31 maio 2023.
- NIGERIA. Federal Ministry of Health. *National Policy on Integrated Disease Surveillance and Response (IDSR)*. Abuja: Federal Ministry of Health. 2005b.
- NIGERIA. Federal Republic of Nigeria. National Tobacco Control Act, 2015. *Official Gazette*, June 10, 2015. Disponível em: <https://assets.tobaccocontrolaws.org/uploads/legislation/Nigeria/Nigeria-TCA-national.pdf>. Acesso em: 20 maio 2023.
- NIGERIA. Federal Republic of Nigeria. *Quarantine Act*. Laws of the Federation of Nigeria, Cap.Q2. Abuja: Federal Ministry of Justice, 2004a.
- NIGERIA. *Tobacco Smoking (Control) Act. 1990*. Disponível em: <https://assets.tobaccocontrolaws.org/uploads/legislation/Nigeria/Nigeria-Ch.-T6-Tobacco-Smoking-Control-Act-national.pdf>. Acesso em: 20 maio 2023.
- RIEDEL, E. The human right to health: conceptual foundations. In: FREEMAN, Michael; HAWKES, Sarah; BENNETT, Belinda (Eds.). *Law and global health: current legal issues*. Oxford: Oxford University Press, 2014.
- SHARPE, Walter R. The new World Health Organisation. *American Journal of International Law*, v. 41, n. 3, p. 509-530, July 1947.
- TAYLOR, Allyn L. Making the World Health Organisation Work: a legal framework for universal access to the condition of health. *American Journal of Law and Medicine*, v.18, n. 4, p. 301-349, 1992.
- THE FISCAL impact of a comprehensive tobacco control programme in Ontario. Toronto-ON: Ontario Tobacco Research Unit, Special Report Series, Dec. 2003. Disponível em: https://www.otru.org/wp-content/uploads/2012/06/special_fiscal_impact.pdf.
- THE HEALTH, Economic and Social Menace of Smoking: Time for Concerted Action. Disponível em: <http://www.codewit.com/diet-and-nutrition/131-Nigeria>. Acesso em: 25 abr. 2019.
- UNITED NATIONS CHILDREN EDUCATION FUND – UNICEF. *Implementation of the International Code of Marketing of Breast milk Substitutes*, 2011. Disponível em: www.unicef.org/nutrition/files/state-of-the-code-by-country.April2011.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.
- UNITED NATIONS CHILDREN EDUCATION FUND – UNICEF. Innocenti Research Centre. *1990 - 2005 Celebrating the Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding*, Nov. 2005. Disponível em: <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/1990-2005-gb.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2023.

- WORLD BANK. Curbing the epidemic governments and the economics of tobacco control. Washington-DC: World Bank, 1999. Disponível em: <https://documents.worldbank.org/pt/publication/documents-reports/documentdetail/914041468176678949/curbing-the-epidemic-governments-and-the-economics-of-tobacco-control>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Assessment Report on Infant and Young Child Feeding in Nigeria, 2008. Disponível em <http://www.who.int> Acesso em: 15 maio 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Constitution of the World Health Organization*. [1946]. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 maio 2023.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sept. 1978. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2. Acesso em: 31 maio 2023.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Fifty-First World Health Assembly*. Geneva, 11-16 May 1988. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258896/WHA51-1998-REC-1-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 31 maio 2023.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. Geneva: World Health Organization, 1981. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9241541601>. Acesso em: 19 jul. 2023.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *International Health Regulations*. Third edition. 2005. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>. Acesso em: 19 jul. 2023.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. International Health Regulations and Framework Convention on Tobacco Control – FCTC. *WHO Framework Convention on Tobacco Control overview*. 21 May 2003. Disponível em: <https://fctc.who.int/who-fctc/overview>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Tobacco Control [s.d.]. Disponível em: <https://www.afro.who.int/health-topics/tobacco-control>. Acesso em: 08 ago. 2023.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. World Health Assembly - WHA. *Fifty-Second World Health Assembly*. Geneva, 17-25 May 1999. Resolutions and decisions annexes. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260179/WHA52-1999-REC1-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 maio 2023.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. World Health Assembly - WHA. *Fourth World Health Assembly*. Geneva, 7 to 25 May 1951: resolutions and decisions: plenary meetings verbatim records: committees minutes and reports: annexes. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85614>. Acesso em: 19 jul. 2023.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. World Health Assembly - WHA. *Resolution WHA 1.36*. Official Records of the World Health Assembly Resolutions and Decisions, 1948.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. World Health Assembly - WHA. *Seventh World Health Assembly*, Geneva, 4 to 21 May 1954: resolutions and decisions: plenary meetings: verbatim records: committees: minutes and reports: annexes. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85654>. Acesso em: 19 jul. 2023.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. World Health Assembly - WHA. *Thirty-ninth World Health Assembly*. Geneva, 5-16 May 1986. Resolutions and decisions annexes. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162252/WHA39_1986-REC-1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 19 jul. 2023.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. World Health Assembly - WHA. *Twenty-second World Health Assembly*. Boston, Massachusetts, 8-25 July 1969: part I: resolutions and decisions: annexes. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85816>. Acesso em: 19 jul. 2023.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. World Health Assembly - WHA. *Twenty-fourth World Health Assembly*. Geneva, 4-20 May 1971: Part I: resolutions and decisions: annexes. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85833>. Acesso em: 19 jul. 2023.
- YACH, Derek. The origin, development, effects, and future of the WHO Framework Convention on tobacco control: a personal perspective. *The Lancet*, p. 1-9, May 2014. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62155-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62155-8).
- YACH, Derek. Tobacco control. In: KOOP, C. Everett; PEARSON, Clarence E.; SCHWARZ, M. Roy (Eds.). *Critical issues in global health*. San Francisco: Jossey Bass, 2002. p. 162-170.