

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde na agenda política brasileira, 2003-2005

The World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control in the Brazilian political agenda, 2003-2005

El Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud en la agenda política brasileña, 2003-2005

Luiz Antônio da Silva Teixeira ^{1,2}
Carlos Henrique Assunção Paiva ^{1,3}
Vanessa Nolasco Ferreira ^{1,4}

doi: 10.1590/0102-311X00121016

Resumo

Este estudo analisa a criação de uma agenda política de controle do tabaco no Brasil a partir da participação do país na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde (CQCT-OMS). Tal processo se estendeu entre as negociações diplomáticas para a participação do Brasil nesse Tratado, em 2003, e a sua ratificação pelo Congresso Nacional, em 2005, e foi marcado por longas controvérsias que colocaram frente a frente atores da saúde pública, que são os responsáveis pelas atividades de controle do tabaco, o alto escalão da diplomacia brasileira, os emissários da indústria tabaqueira, os representantes dos pequenos plantadores de fumo da Região Sul do país, deputados, senadores e ministros. O estudo toma como base as contribuições de John W. Kingdon sobre o processo de configuração de agenda no âmbito da formulação de políticas públicas. Sua construção baseou-se em bibliografia secundária, fontes legislativas e institucionais no período de 1995 a 2005. Conclui-se que a convergência da capacidade técnica da burocracia da saúde e suas ações para o controle do tabaco, o envolvimento do alto escalão do Ministério das Relações Exteriores (fluxo de políticas), a iniciativa de criação do CQCT-OMS (fluxo de problemas) e a existência de um ambiente favorável, tanto no Executivo quanto no Legislativo (fluxo político), possibilitaram a abertura de uma janela de oportunidade para a ratificação da CQCT-OMS e sua ascensão à agenda de decisão governamental.

Programa Nacional de Controle do Tabagismo; Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco; Política Antifumo; Políticas de Saúde Pública

Correspondência

V. N. Ferreira
Rua Conde de Baependi 48, apto. 803, Rio de Janeiro, RJ
22231-140, Brasil.
vnicascoferreira@gmail.com

¹ Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

² Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, Brasil.



Introdução

Entre o início da década de 1990 e os primeiros anos do século XXI, a prevalência do hábito de fumar diminuiu em média 35% no Brasil, decrescendo de 34,8% para uma média nacional de 22,4%¹. Esse decréscimo está relacionado, principalmente, a uma intensa ação de atores do campo da saúde em programas de prevenção e ao estabelecimento de uma legislação de restrição ao tabaco².

Tal processo permitiu que, em 1999, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) iniciou a elaboração de um tratado internacional de Saúde Pública, que propunha o controle global do tabagismo, o Brasil se transformasse em um dos países líderes no processo de negociação de seu texto. A então chamada Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT-OMS) foi aprovada por consenso pelos países membros da OMS, em 2003, sendo o Brasil o segundo signatário a aderir à versão inicial do Tratado^{2,3,4,5}.

Apesar da posição destacada no processo de elaboração do Tratado, as discussões para a sua ratificação pelo Congresso Nacional, e consequente entrada na agenda político-decisória do Executivo e do Parlamento, foram marcadas por longas controvérsias, que envolveram diversos atores, em especial os representantes das indústrias fumageiras, os produtores de tabaco, as organizações não governamentais de controle do tabaco, sanitaristas e políticos. Somente após dois anos de discussões, quando o prazo para a adesão ao Tratado estava prestes a terminar, sob o risco de o país não participar da primeira Reunião das Partes, ele então foi ratificado pelo Congresso Nacional brasileiro. O Brasil tornava-se o 100º país a ratificar a CQCT-OMS^{3,4,5}.

Neste trabalho, a transformação das ações de controle do tabagismo em uma política de Estado – aqui caracterizada pela adesão final do país à CQCT-OMS – será discutida com o auxílio do conceito de múltiplos fluxos de Kingdon⁶. Para esse autor, a formulação de políticas públicas constitui um conjunto de processos que inclui: a configuração da agenda; a especificação de alternativas a partir das quais uma opção será feita; uma escolha entre essas alternativas, a partir de uma votação legislativa ou de uma decisão do executivo, e a implementação da decisão. A “ordem do dia” depende da forma como problemas permanentes aparecem no sistema, contribuindo para a formação da agenda, para o processo de acumulação do conhecimento sobre o tema em tela, para as perspectivas dos especialistas bem como para o processo político, incluindo as oscilações do humor nacional, a opinião pública e os resultados das eleições⁶.

Três famílias de processos atuam na constituição de agendas: os problemas; as alternativas e ações para enfrentá-los (*policies*); e o conjunto de atividades relacionadas à esfera das relações de poder e autoridade (*politics*). O processo que leva à abertura de uma “janela de oportunidade” política advém da confluência desses três fluxos de composição da agenda. Na situação em análise, tal janela de oportunidade aconteceu no processo de recepionamento do CQCT-OMS pelo Congresso Nacional, momento em que os atores e interesses envolvidos com a questão atuaram para que suas demandas fossem contempladas.

Seguindo a perspectiva de Kingdon, afirmamos que o processo envolvendo a participação brasileira na CQCT-OMS – do protagonismo na elaboração do documento ao seu aceite pelo Senado Federal – fez com que emergisse, na pauta política, um fluxo de problemas relacionados ao controle do tabaco, que já vinha sendo tratado pela burocracia da saúde em outras instâncias. A atuação do alto escalão dos Ministérios das Relações Exteriores e da Saúde – assim como dos técnicos deste último, potencializou a ratificação da CQCT-OMS como fluxo de políticas (*policy stream*) e fluxo político (*politics stream*), uma vez que o estabelecimento de tais políticas públicas tinha grande valoração simbólica, tanto para a saúde quanto para a diplomacia brasileira, apesar da mudança na esfera do governo federal representada pelo ingresso de uma nova coalizão na chefia do Executivo Federal em 2003. A continuidade do apoio do Executivo à aprovação da CQCT-OMS – a despeito de restrições surgidas na tramitação no Senado – acabaria por viabilizar a entrada do Tratado na agenda decisória.

Fluxo de políticas: viabilidade e soluções

Durante a década de 1990, o Estado brasileiro criou um amplo conjunto de medidas para o controle do tabaco, baseado no contínuo desenvolvimento de uma legislação de limitação do tabagismo e na criação de uma expertise nacional em relação ao controle da doença^{2,7}.

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da *Lei nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990, a competência do Ministério da Saúde em relação ao controle do tabaco foi atribuída ao então Instituto Nacional de Câncer (INCA), que encampou e revitalizou o já existente Programa Nacional de Controle do Tabaco (PNCT). O PNCT uniu ações no âmbito da educação em saúde a atividades de convencimento (*advocacy*) realizadas em especial com sociedades médicas, representantes dos poderes Legislativo e Executivo, o mundo acadêmico e organizações não governamentais. Em pouco tempo, transformou-se em referência nacional na produção de ações e conhecimentos sobre o controle do tabagismo ².

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) foi outra instituição que passou a atuar firmemente no controle do tabagismo. Criada em 1999, organizou o registro dos produtos fumígenos comercializados no Brasil, estabeleceu os teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono para os cigarros; normatizou a propaganda destes produtos e estabeleceu a obrigatoriedade de imagens de advertência aos fumantes, que foram impressas nos maços de cigarros. Centralizando a regulamentação dos produtos derivados do tabaco, a Anvisa teve papel de destaque na execução da política de controle do tabaco no período ^{2,7}.

Embora o Brasil fosse o segundo maior produtor de tabaco e o maior exportador de fumo em folhas do mundo, naquele período, as características do PNCT, o aparato legislativo regulador do tabaco e a atuação normatizadora da Anvisa tornaram o Brasil referência mundial em medidas de controle do tabagismo. Pode-se, portanto, inferir que os atores da saúde tiveram importante papel na criação de condições para a construção de um fluxo de políticas que convergiu para um papel de protagonismo do Brasil no arranjo do CQCT-OMS e sua consequente ratificação pelo Legislativo nacional ⁶.

No entanto, outro ator foi determinante para a inserção e protagonismo do Brasil nos primeiros passos do Tratado: a diplomacia brasileira. No campo da Política Externa, desde o governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), o Estado brasileiro valorizou a construção de coalizões estratégicas no âmbito Sul-Sul. Contudo, tal perspectiva foi desdobrada em uma agenda prática de ações e políticas mais organizadas somente a partir do governo Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) ⁸. Em particular sob a condução do chanceler Celso Amorim (2003-2010), a noção de que o Brasil poderia ocupar uma posição de maior prestígio no cenário internacional (*global player*), por intermédio de um discurso e de políticas no terreno das ações de paz, apoio e cooperação internacional no âmbito da educação e saúde (*softpower*), ganhou contornos institucionais mais vigorosos.

Nesse contexto, o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde passaram a se orientar cada vez mais para um maior protagonismo internacional, aprofundando iniciativas junto aos países africanos e ao Mercosul e a espaços multilaterais, como a OMS. Sob a perspectiva da chancelaria, as iniciativas desenvolvidas no âmbito do Ministério da Saúde se alinhavam às diretrizes da política externa brasileira. A participação do país nas discussões e nas resoluções que trataram da proteção e da flexibilização dos direitos de patente sobre produtos farmacêuticos e suas implicações para a saúde pública, em 1994, e a assinatura de um protocolo de intenções, formalizando as ações de colaboração entre os Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores, em 2005, são exemplos nesse processo ⁹.

Assim, no momento em que atores globais, como a OMS, se lançavam ao desafio de enfrentar o problema do tabagismo, o Brasil já reunia atores e experiências institucionais de tal nível que o levariam a uma das posições de maior destaque na construção de um tratado global antitabagismo. Mais do que isso: em um movimento sinérgico, a diplomacia brasileira, especialmente representada pela figura do diplomata Celso Amorim, passava a obter maior força e legitimidade em suas ações, amparando-as em alianças e parcerias internacionais privilegiadas pela política externa brasileira.

Fluxo de problemas e eventos focalizadores

O surgimento da CQCT-OMS foi consequência de uma proposta de mobilização internacional para o combate do tabagismo sugerida em 1995, na 48ª Assembleia Mundial de Saúde ⁴. Sua criação também está relacionada ao reconhecimento da comunidade científica internacional de que o tabagismo é causa de inúmeras doenças e fator agravante da fome e pobreza no mundo. Também pode ser vista como uma reação ao aumento do consumo global do tabaco, potencializado pela estratégia da indústria de

cigarros de transferir sua produção e grande parte das iniciativas direcionadas ao consumo para os mercados menos regulados dos países em desenvolvimento ².

O processo de elaboração do Tratado teve início em 1999, com a criação de um grupo de trabalho e de um Órgão de Negociação Intergovernamental (ONI), que foi aberto aos 190 países membros da OMS para a discussão das diferentes propostas para a confecção do documento. O papel de liderança do Brasil nas negociações preliminares do Tratado fez com que a direção do ONI fosse atribuída ao representante brasileiro, o então Embaixador Celso Amorim ^{2,3,4}.

O texto final do documento foi aprovado na 56ª Assembleia Mundial de Saúde, em maio de 2003, e previa medidas que visavam à implantação de políticas tributárias com objetivo de reduzir o consumo; à proteção contra a exposição à fumaça do tabaco; à regulamentação da divulgação das informações sobre os produtos de tabaco; à regulamentação das embalagens; ao estabelecimento de mensagens de advertências sanitárias nas embalagens; ao estabelecimento de programas de educação e conscientização sobre os malefícios causados pelo tabaco; à proibição de publicidade, além da implantação de programas de tratamento da dependência da nicotina. Para reduzir a oferta de produtos derivados do tabaco, o Tratado previa, ainda, o controle do contrabando; a restrição de subsídios à produção e à manufatura de tabaco; a gradual substituição da cultura do tabaco e o apoio às atividades alternativas economicamente viáveis para os cultivadores de tabaco ¹⁰.

Nesse contexto, o Executivo Federal, navegando no ambiente favorável à CQCT-OMS, instituiu, pelo *Decreto nº 3.136*, de 13 de agosto de 1999 ¹¹, uma comissão nacional com o objetivo de acompanhar a participação brasileira nas negociações internacionais, subsidiar a Presidência da República nas decisões referentes às negociações e harmonizar as diferentes posições dos setores brasileiros que se relacionavam ao problema. A Comissão tinha um caráter multissetorial, sendo integrada por representantes dos ministérios da Saúde, das Relações Exteriores, da Agricultura, da Pecuária e Abastecimento, da Fazenda, da Justiça, do Trabalho e Emprego, da Educação, Indústria e Comércio Exterior e do Desenvolvimento Agrário ¹¹. Sua presidência foi exercida pelo então Ministro da Saúde, José Serra ¹², tendo o INCA à frente de sua secretaria executiva ¹¹. Com o estabelecimento da Comissão, iniciou uma vigorosa mobilização em torno da criação do Tratado e observa-se a conjunção dos fluxos relacionados à política pública e partidária. Nessa linha de ação, a cidade do Rio de Janeiro sediou, em 2001, sob os auspícios do Ministério da Saúde e contando com o apoio da OMS, o Seminário Latino Americano sobre CQCT-OMS. O principal objetivo do evento foi reunir o bloco dos países latino-americanos para analisar e discutir a proposta a ser apresentada na 3ª Reunião da ONI ¹³.

O surgimento da CQCT-OMS caracterizou-se como um evento focalizador das preocupações com relação ao uso de tabaco. Ao dar visibilidade a um problema que já vinha sendo tratado pelo Estado brasileiro, o processo de estabelecimento da CQCT-OMS permitiu a intensificação das preocupações com o problema. Embora o contínuo decréscimo dos indicadores relacionados ao tabagismo ¹ mostrasse que o problema estava sob relativo controle, a CQCT-OMS pôs em marcha a política (*politics stream*) necessária para colocar definitivamente a questão na agenda decisória governamental, o que pode ser comprovado pela criação de uma comissão multissetorial para o acompanhamento do Tratado ⁶.

O processo de ratificação da CQCT-OMS: fluxo político, agendas e alternativas

De acordo com a teoria de múltiplos fluxos, utilizada nesta análise, os atores envolvidos em um processo contribuem decisivamente para a entrada de assuntos na agenda governamental e construção de alternativas para sua efetivação. Nesse sentido, os técnicos da saúde foram responsáveis pela emergência da questão do consumo do tabaco como problema sanitário. Em seguida, os diplomatas atuaram na construção de uma pauta internacional relacionada ao tema. Por intermédio desses atores-chave, a questão, definitivamente, ingressou no rol de preocupações do Estado brasileiro, permitindo, assim, que novos grupos de atores se habilitassem tanto a favor quanto contra a implantação de políticas públicas específicas para a agenda emergente. Nesse campo, atuaram principalmente as ONGs, Associações Médicas e Associações de Produtores Rurais e Plantadores de Fumo – aqui vistos como *advocates*, militantes anti e pró-tabaco – e os políticos e funcionários do alto escalão do governo ⁶.

No grupo de profissionais de saúde se destacavam os técnicos do Inca e os relacionados ao PNCT; os primeiros alcançaram reconhecimento internacional no âmbito das instituições relacionadas ao

controle do tabaco. Vera Luíza da Costa e Silva, por exemplo, que esteve vinculada ao Inca entre 1994 e 2000, assumiu, em 2001, o cargo de Diretora do Tobacco Free Initiative (TFI) da OMS, principal instituição de controle do tabaco no mundo ^{3,4}. Na linha de frente das disputas, os profissionais do PNCT foram de grande importância nas audiências públicas que aconteceram durante a tramitação do projeto no Senado. Segundo Rangel, foi posta em ação uma rede de coordenadores estaduais e municipais do Programa, que atuou em consonância com as diretrizes de seus gestores estaduais e municipais na defesa do projeto ⁵.

No campo parlamentar, as posições foram antagônicas. De um lado, parlamentares que se relacionaram à defesa dos interesses dos produtores e da indústria fumageira; de outro, parlamentares que investiram energias para a aprovação da CQCT-OMS. Regra geral, esses últimos eram do Partido dos Trabalhadores (PT) e da base de apoio ao governo, com exceção daqueles que tinham bases eleitorais em estados produtores, a exemplo de Pedro Simon (Partido do Movimento Democrático Brasileiro, PMDB-RS), Paulo Paim (PT-RS) e Sérgio Zambiasi (Partido Trabalhista Brasileiro, PTB-RS) ⁵.

Um grupo de pressão (*advocates*) foi formado por ONGs direcionadas à saúde e que defendia a participação do Brasil na CQCT-OMS. Nesse grupo, tiveram forte atuação a Rede Tabaco Zero – hoje renomeada de Aliança de Controle do Tabagismo (ACTBr) – e as sociedades médicas, como a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, que se empenharam para que os parlamentares de oposição ao Tratado mudassem seus pontos de vista e passassem a defender o recepionamento da CQCT-OMS no escopo jurídico nacional ¹⁴. Tal grupo de pressão, mesmo sem posições formais no interior do governo, atuou como uma força política no âmbito do que Kingdon definiu como *hidden clusters of participants*, isto é, ainda que “oculto”, o grupo foi responsável por gerar ideias e paradigmas e colocá-las em debate ⁶.

Na outra ponta dos jogos de interesses, os setores ligados à cadeia produtiva do fumo também atuaram como *advocates* e contaram com a importante atuação de seus “participantes ocultos”, especialmente os da Indústria de Cigarros. Essa foi representada por instituições como a Associação de Fumicultores do Brasil (Afubra), o Sindicato da Indústria do Fumo (SINDIFUMO) e a Associação Brasileira da Indústria do Fumo (ABIFUMO). Nesse grupo, a Afubra – entidade considerada pelas organizações de controle do tabaco como um órgão de fachada, criado para defender os interesses da Indústria de Cigarros ¹³ – se destacou na luta contra a aprovação da CQCT-OMS. Durante o processo de negociação da ratificação da CQCT-OMS pelo Legislativo, essa Indústria não tinha assento nas negociações, mas, na qualidade de ouvintes, representantes dos diversos setores ligados à cadeia produtiva do fumo participaram de diversas reuniões e fóruns com implicações políticas para as negociações. Entre as mais importantes, como veremos, a seguir, estão as audiências públicas ¹⁵.

Outro grupo era composto por organizações dos plantadores de tabaco e de trabalhadores, em geral. Entre as primeiras, destacaram-se o Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA) e a Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar da Região Sul (FETRAF-SUL), que defenderam uma posição flexível em relação à ratificação da Convenção, se apropriando de argumentos tanto dos profissionais de saúde quanto de outros representantes dos fumicultores. A essas se somavam entidades como o DESER (Departamento de Estudos Socioeconômicos Rurais), uma ONG que reúne diversas entidades do setor agrícola, como sindicatos e outras associações de trabalhadores rurais; o MPA; e a Central Única dos Trabalhadores (CUT). Todas apoiavam a adesão ao Tratado ¹⁵.

Num primeiro momento, os atores da saúde entendiam que a configuração da agenda estava completamente favorável e sob controle. Assim, previam que a ratificação do texto da Convenção-Quadro fosse rapidamente aprovada no Congresso Nacional, levando-se em conta o fato de o país já ter reconhecimento internacional em controle do tabagismo, ter presidido as negociações do texto do Tratado e ter sido o segundo país a assiná-lo ^{3,5}. Contudo, no sul do país, região que concentra 90% da produção brasileira de fumo, a ratificação da convenção também representou a abertura de uma janela de oportunidades para representantes ligados à cadeia produtiva do fumo, que estavam atentos à tramitação da matéria no Congresso Nacional e, em função disto, formaram sua própria agenda, conquistando adesão de parte dos fumicultores contrários à ratificação.

Em agosto de 2003, o texto da CQCT-OMS foi enviado à Câmara dos Deputados, onde foi criada uma comissão especial destinada a fornecer um parecer acerca do projeto. Somente em maio de 2004 foi acertado que a matéria fosse votada em caráter de urgência. A Câmara aprovou a mensagem por votos de liderança e a enviou ao Senado Federal. Em junho de 2004, o Senado enviou o projeto à

Comissão de Relações Exteriores e Defesa Nacional, em virtude de se referir a um tratado internacional. O Senador Fernando Bezerra (PTB-RN), relator do projeto e líder do governo no Congresso Nacional, devolveu-o à mesa em 26 de agosto com parecer favorável ³.

Ainda em agosto, o Senador Sérgio Zambiasi (PTB-RS) solicitou uma audiência pública para que os produtores de fumo pudessem conhecer detalhes da CQCT-OMS e se manifestarem sobre a ratificação. Radialista gaúcho integrado aos interesses dos pequenos produtores de fumo do Sul, Zambiasi dizia ser necessário resguardar os direitos dos pequenos produtores e esclarecer melhor os diversos pontos em discussão ¹⁵.

As audiências públicas, mecanismo criado pela *Constituição Federal de 1988* para ampliar a participação social na política, acabaram por produzir tensões e disputas para a ratificação da CQCT-OMS. Sua convocação possibilitou a entrada de novos atores na arena de discussões, dando início a um conturbado período de negociações acerca da aprovação do projeto. Foram realizadas seis audiências públicas no biênio 2004-2005. A primeira em Brasília, as quatro seguintes em municípios produtores de fumo da Região Sul e a última na Bahia ¹⁵.

A primeira audiência foi realizada em 15 de setembro de 2004, contando com a presença de autoridades e profissionais da área de Saúde, representantes da cadeia produtiva do fumo, parlamentares (tanto do Senado quanto da Câmara), além do Ministro da Saúde Humberto Costa e de representante do Ministério das Relações Exteriores ¹⁵.

A reunião iniciou com uma apresentação do Ministro da Saúde sobre a importância da aprovação da CQCT-OMS, em que foram apresentados diversos dados sobre os malefícios do tabaco, as estratégias da indústria tabaqueira e o programa nacional de controle do tabagismo. O Ministro deu ênfase aos pontos em que sabia que enfrentaria problemas em relação aos fumicultores, em especial o artigo 17 da CQCT-OMS, que tratava da promoção às atividades alternativas à cultura do tabaco. Costa procurou mostrar que o Tratado não visava a proibir o plantio de tabaco, pelo contrário, buscava dar apoio governamental a atividades alternativas à plantação de fumo que fossem economicamente viáveis. Também destacou que apenas ratificando o Tratado o país poderia participar da Conferência das Partes, onde ocorreriam as negociações dos protocolos do Tratado – consequentemente, as discussões sobre alternativas de apoio técnico e financeiro que interessavam diretamente aos produtores ¹⁶.

Dentre os defensores do Tratado, se pronunciaram Margareth Matos, Promotora do Ministério Público do Estado do Paraná; Nise Yamaguchi, Presidente da Associação Paulista de Oncologia Clínica; e Tânia Maria Cavalcante, Chefe da Divisão de Tabagismo do INCA. Seus discursos, em linhas gerais, seguiram os argumentos do Ministro da Saúde, sendo que Margareth Matos acentuou os problemas ambientais causados pelo sistema de produção ¹⁶.

Os representantes da cadeia produtiva do fumo que estiveram presentes foram os Presidentes da Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Rio Grande do Sul (FETAG); da Federação da Agricultura do Rio Grande do Sul (FARSUL); da Federação dos Trabalhadores na Agricultura de Santa Catarina (FETAESC); da Federação da Associação dos Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS); da Federação da Agricultura do Estado de Santa Catarina (FAESC); e da Afubra. Em seus discursos, apresentaram os dados relativos à importância econômica do fumo, criticaram a pressão para a aprovação da Convenção e pediram garantias ao governo sobre a manutenção da cultura de tabaco, ressaltando constantemente a importância econômica dessa atividade para o país e, principalmente, para as famílias que vivem dessa produção ¹⁶.

Nas audiências públicas que sucederam a essa primeira, a importância econômica do tabaco foi enfatizada pelos representantes da cadeia do fumo. Tal argumento buscava identificá-los, principalmente, à preocupação com o futuro dos trabalhadores e com a economia da região. Nesse sentido, a discussão recaiu frequentemente sobre o tema da reconversão da cultura do fumo, consignada no artigo 17 do Tratado ¹⁰.

A Afubra, como vimos, defendia veementemente a não ratificação da CQCT-OMS. Seu diretor afirmava que só deveria ser aprovada no país depois que fossem definidos os parâmetros para a reconversão das culturas: garantias de preço e de mercado, quais as culturas que deveriam substituir as áreas de plantio de fumo, a proveniência e o volume dos recursos para a conversão etc. ¹⁵.

As entidades representantes dos fumicultores, como dissemos, trouxeram diferentes argumentos para as audiências. O MPA apresentou uma posição flexível em relação à ratificação da CQCT-OMS, se apropriando de argumentos tanto dos profissionais de saúde quanto de outros representantes dos

fumicultores. Seu coordenador afirmava que o fumicultor era o elo mais fraco da cadeia produtiva do fumo, gerando amplos lucros às indústrias, ampliando suas áreas de cultivo do fumo, mas obtendo menores ganhos com o seu trabalho. Também propôs que as discussões envolvendo a CQCT-OMS fossem levadas até as regiões produtoras, para que o produtor pudesse conhecer o discurso do Ministro da Saúde e entender o que o Governo pretendia. Esse pedido foi endossado por outros representantes dos fumicultores^{3,15}.

Fora do ambiente das audiências, em dezembro de 2004, a FETRAF-SUL – instituição ligada à CUT, que agregava sindicatos de trabalhadores rurais de cidades dos estados do Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina – passou a apoiar a ratificação da CQCT-OMS¹⁷. Compreendendo que o texto do Tratado não fazia qualquer referência à proibição ou restrição a empréstimos ou subsídios governamentais à produção de fumo, a entidade divulgou apoio à ratificação pouco tempo depois da realização dessa segunda audiência pública, tornando-se, assim, na primeira instituição representativa de agricultores a apoiar a ratificação. A partir de seu realinhamento, a FETRAF-SUL passou a participar dos eventos sobre o tema, divulgando uma posição conciliatória aos interesses governamentais³.

Não havia, por assim dizer, uma posição monolítica da parte daqueles que eram críticos à CQCT-OMS. Nesse percurso, registramos desde grupos eminentemente contrários e reativos ao texto até segmentos que manifestaram aceitação, senão de todo, ao menos de parte dos termos do Tratado.

Em março de 2005, a Comissão de Relações Exteriores e Defesa Nacional enviou a matéria para a análise pela Comissão de Agricultura e Reforma Agrária. No dia 31 de maio, Dia Mundial sem Tabaco, o tema foi tratado em uma reunião entre o Presidente do Senado Renan Calheiros, o Ministro da Saúde e representantes de diversas entidades e ONGs, que pediram agilidade na aprovação da matéria¹⁸. Na ocasião foi entregue ao Senador um documento com 24 mil assinaturas apoiando a ratificação do Tratado. Os senadores Tião Viana (PT-AC) e Aloizio Mercadante (PT-SP) também estiveram presentes e se solidarizaram com a causa. A preocupação dos defensores da CQCT-OMS era a de que a ratificação deveria ser entregue à OMS até novembro de 2005, para que o Brasil pudesse participar da primeira reunião das Partes da CQCT-OMS. No mês seguinte, representantes dos produtores de tabaco também foram recepcionados pelo Presidente do Senado, desta vez, levando outro documento com mais de 195 mil assinaturas contra a ratificação. Acompanharam os representantes os senadores Pedro Simon (PMDB-RS), Paulo Paim (PT-RS) e Sérgio Zambiasi (PTB-RS). Renan Calheiros assegurou que a decisão sobre a matéria só seria tomada quando todas as partes estivessem esclarecidas pelo debate¹⁸.

Entre agosto e outubro de 2005, a Comissão de Agricultura e Reforma Agrária (CRA) realizou quatro novas audiências públicas em cidades de regiões produtoras de fumo¹⁵. As discussões continuaram polarizadas entre os discursos que defendiam e os que eram contrários à ratificação da CQCT-OMS. Os discursos dos que defendiam a adesão, além dos argumentos relacionados à saúde, enfatizavam que a CQCT-OMS, em nenhum momento, se propunha a erradicar o plantio de fumo. Pelo contrário, propunha a criação de ferramentas institucionais que garantissem subsídios de culturas alternativas ao tabaco. Os adversários do Tratado, por sua vez, argumentavam que primeiro se deveria estabelecer essas alternativas e depois iniciar o processo de ratificação.

A presença expressiva dos fumicultores nas audiências mobilizou muitos representantes políticos das regiões produtoras, tanto no Congresso Nacional quanto nas prefeituras e governos dos estados produtores. Todos se mostravam contrários ao Tratado. Na frente oposta, o Ministério da Saúde conquistou o apoio dos governos dos estados do Paraná e de Santa Catarina, que se posicionaram a favor da ratificação nas audiências realizadas em Irati e Florianópolis. No Rio Grande do Sul, porém, os representantes do Governo do Estado foram enfáticos na defesa da não ratificação do Tratado.

A audiência realizada em 23 de setembro de 2005, na cidade de Camaquã (Rio Grande do Sul), contou com mais de quatro mil produtores de fumo¹⁹ e teve acirradas discussões. O representante da Casa Civil, Erico Feltrin, destacou a importância da aprovação do Tratado para os fumicultores, na medida em que seu texto propunha a criação de alternativas à cultura do fumo e a inexistência de qualquer menção sobre a erradicação do tabaco. Além dele, também discursaram os representantes do Ministério da Saúde, do Ministério da Agricultura e do Ministério do Desenvolvimento Agrário, ressaltando os mesmos pontos. Também se pronunciaram defendendo o Tratado os representantes da ONG Rede Tabaco Zero, da FETRAF-SUL e do INCA¹⁹.

A mobilização dos defensores da CQCT-OMS teve importância fundamental na etapa final do processo. As manifestações promovidas por esses grupos ganharam a atenção da mídia, que conferiu

ao tema o peso necessário para que influenciasse decisivamente na aprovação do projeto³. Em setembro de 2005, foi organizada uma mobilização em Brasília por entidades como a ONG Rede Tabaco Zero e a Sociedade Paulista de Oncologia Clínica. A manifestação divulgou os nomes dos senadores contrários à ratificação, numa tentativa de pressionar os parlamentares²⁰. Em outubro, defensores do Tratado fizeram também visitas aos gabinetes de senadores e, mais uma vez, pressionaram o Presidente do Senado Renan Calheiros para a rápida apreciação da matéria²¹.

Por conta de um pedido de urgência elaborado pelo Senador Tião Viana, em 27 de outubro de 2005, a matéria foi trazida à ordem do dia no Senado, onde foi realizada a leitura dos pareceres favoráveis das Comissões de Agricultura e Reforma Agrária, de Relações Exteriores e Defesa Nacional e de Assuntos Sociais.

Durante a discussão do projeto, no Senado, o relator Heráclito Fortes informou ter recebido um Aviso da Ministra de Estado Chefe da Casa Civil, Dilma Roussef, que apresentava a posição do Executivo Federal diante da matéria. O documento, assinado por seis ministros de Estado, discorria sobre os motivos para a ratificação do Tratado e apresentava propostas com o objetivo de tranquilizar os fumicultores e facilitar o processo de decisão pela sua ratificação. A primeira, determinava que fosse encaminhada, no momento da ratificação, uma declaração de interpretação de determinados dispositivos do Tratado, espécie de salvaguarda, evitando comprometimentos com temas que poderiam de alguma forma prejudicar o país. A segunda proposta tratava do lançamento do Programa de Apoio à Diversificação Produtiva das Áreas Cultivadas com Fumo, fundamentada em quatro eixos estratégicos: financiamento, acesso à tecnologia, agregação de valor à produção local, e garantia de comercialização. O programa era apresentado de forma detalhada no texto do documento²².

O documento possibilitou a decisão favorável do senador sobre a matéria. Após o parecer, procedeu-se a discussão e ratificação do acordo por consenso – apenas 13 dias antes do prazo final para que o país fizesse parte da primeira Conferência das Partes da CQCT-OMS. O Tratado foi ratificado por meio do *Decreto Legislativo nº 1.012* de 28 de outubro de 2005, sendo o Brasil o 100º país a ratificar o CQCT-OMS³.

Conclusão

À luz da teoria de Kingdon, a abertura da janela de oportunidades só é possível quando há um alinhamento dos fluxos de problemas, de políticas e político⁶. No caso estudado, o fluxo de problemas configurou-se pela classificação da produção, comercialização e consumo do tabaco como uma questão de saúde pública. No âmbito do fluxo de políticas, tem-se um intenso e bem sucedido trabalho dos atores da saúde no sentido de construir políticas públicas e ações de controle ao tabagismo. A partir dos movimentos internacionais, esse fluxo ganhou um importante aliado – o Ministério das Relações Exteriores – que potencializou e reforçou as negociações, alçando o Brasil a uma posição de destaque no âmbito da CQCT-OMS. Subsequentemente a esse movimento, houve uma ordem de acontecimentos políticos, especialmente colocados no âmbito político partidário ou fluxo político que, finalmente, permitiram o alinhamento necessário ao recepcionamento da CQCT-OMS na legislação nacional. É especialmente digno de nota o fato de ter existido, no âmbito do fluxo das políticas e do fluxo político, complexa e sinérgica relação entre contextos nacional e internacional.

No que tange ao contexto internacional, vimos que no início do século XXI, diferentes atores globais, como a Organização das Nações Unidas, a OMS e parte da comunidade científica internacional relacionada à saúde se mobilizavam para a criação de um tratado de controle do tabaco. Em âmbito nacional, a liderança da diplomacia brasileira no processo de construção da CQCT-OMS potencializou a emergência de uma pauta política e um fluxo de problemas relacionados ao controle do tabaco, que, em boa medida, já eram objetos de atenção dos atores nacionais da saúde, mas que, desde então legitimados internacionalmente, passaram a repercutir positivamente nas ações futuras destes atores. Em outras palavras, o papel do Ministério das Relações Exteriores, aliado a atores da saúde, viabilizou a construção, mas também permitiu a ratificação da CQCT-OMS como política pública no cenário nacional.

A recepção da CQCT-OMS no arcabouço jurídico nacional aponta, ainda, a existência de um complexo e não linear percurso pelo qual passou a construção do campo das políticas de antitabagismo no Brasil até as discussões no Congresso Nacional brasileiro. Envolvendo atores com interesses

diferentes, mas eventualmente convergentes – como aqueles provenientes dos setores da saúde e da diplomacia –, as discussões seguiram um fluxo político típico dos processos democráticos. Em oposição às decisões ligeiras, muitas vezes associadas aos processos de base tecnocráticas, as discussões em torno do Tratado se estenderam, inclusive territorialmente, incorporando atores da periferia decisória, tornando, por esta via, seu processo de construção mais complexo, uma vez que aconteceu a partir de uma base política mais extensa e representativa das forças políticas associadas à questão em tela.

Colaboradores

L. A. S. Teixeira colaborou na concepção do trabalho, análise e interpretação de dados, responsável por todos os aspectos do estudo no sentido de garantir que as questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte sejam devidamente investigadas e resolvidas. C. H. A. Paiva contribuiu na análise e interpretação de dados, elaboração do manuscrito e revisão crítica. V. N. Ferreira colaborou na elaboração do manuscrito, análise e interpretação dos dados, revisão crítica no que concerne aos aspectos metodológicos e conteúdo intelectual.

Referências

1. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull World Health Org* 2007; 85:527-34.
2. Cavalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)* 2005; 32:283-300.
3. Jaques TA. Impasses e estratégias: Convenção-Quadro e controle do Tabagismo no Brasil (1986-2005) [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
4. Scheibler JL. A emergência de fóruns reguladores globais: relações de conflitos entre atores locais no processo de regulação do tabaco [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Rural, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
5. Rangel EC. Enfrentamento do controle do tabagismo no Brasil: o papel das audiências públicas no Senado Federal na ratificação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (2004-2005) [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
6. Kingdon JW. *Agendas, alternatives, and public policies*. New York: Longman; 2003.
7. Teixeira LA, Jaques TA. Legislação e controle do tabaco no Brasil entre o final do século XX e início do XXI. *Rev Bras Cancerol* 2011; 57:295-304.
8. Vigevani T, Cepaluni G. A política externa de Lula da Silva: a estratégia da autonomia pela diversificação. *Contexto Internacional* 2007; 29:273-335.
9. Oslo Ministerial Declaration – global health: a pressing foreign policy issue of our time. *Lancet* 2007; 369:1373-8.
10. Instituto Nacional de Câncer. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Texto original. http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/convencao_quadro_texto_oficial.pdf (acessado em 31/Mai/2016).

11. Presidência da República. Decreto nº 3.136, de 13 de agosto de 1999. Cria a Comissão Nacional para a preparação da participação do Brasil nas negociações internacionais com vistas à elaboração de convenção-quadro sobre controle do uso de tabaco, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1999; 16 ago.
12. Lacsco M. Sem filtro: ascensão e queda do cigarro no Brasil. São Paulo: Editora de Cultura; 2008.
13. Seminário Latino-Americano sobre a Convenção-Quadro de Controle do Uso do Tabaco. http://www.inca.gov.br/eventos/convencao_quadro/ (acessado em 31/Mai/2016).
14. Meirelles RHS. A ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pelo Brasil: uma questão de saúde pública. J Bras Pneumol 2006; 32:ii-iii.
15. Senado Federal. Portal das atividades legislativas. Comissões. <http://www.senado.gov.br/atividade/comissoes/comissao.asp?origem=&com=54> (acessado em 30/Jun/2016).
16. Senado Federal. Ata da décima sexta reunião extraordinária da Comissão de Relações Exteriores e Defesa Nacional do Senado Federal, realizada em 15/08/2004. <http://www.senado.gov.br/atividade/comissoes/comissao.asp?origem=&com=54> (acessado em 31/Mai/2016).
17. Aliança para o Controle do Tabagismo. Boletim 2004; (12). <http://www.tabacozero.net.br/comunicacao/boletins-antigos/boletim-act-12.htm#6> (acessado em 30/Mai/2016).
18. Renan promete acelerar votação da convenção anti-tabagismo. Agência Senado 2005; 31 mai. <http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2005/05/31/renan-promete-acelerar-votacao-da-convencao-anti-tabagismo> (acessado em 04/Jun/2016).
19. Comissão debate convenção sobre uso do tabaco com produtores de fumo e autoridades de saúde. Agência Senado 2005; 26 nov. <http://www.senado.gov.br/AGENCIA/verNoticia.aspx?codNoticia=50406&codAplicativo=2¶metros=camaquã> (acessado em 04/Mai/2010).
20. Leite F. No Senado, minoria apóia tratado antifumo. Folha S. Paulo 2005; 28 set. <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2909200525.htm> (acessado em 05/Jun/2016).
21. Renan recebe defensores da convenção para controle do tabaco. Agência Senado 2005; 26 out. <http://www.senado.gov.br/AGENCIA/verNoticia.aspx?codNoticia=51322&codAplicativo=2¶metros=convenção+tabaco> (acessado em 04/Jun/2016).
22. Aviso da Ministra da Casa Civil ao Senador Heráclito Fortes. Aviso nº 1.151/2005. http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/coletanea/15_5_28.htm (acessado em 30/Mai/2016).

Abstract

This study analyses the development of a tobacco-control agenda in Brazil following the country's participation in the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control (WHO-FCTC). This process started with the diplomatic negotiations for the participation of Brazil in the treaty, in 2003, and its ratification by the National Congress, in 2005, and was marked by substantial controversies between public health players, who are accountable for tobacco-control actions, and the high echelon of Brazilian diplomacy, emissaries of the tobacco industry, representatives of small tobacco farmers from the Southern region of the country, congress representatives, senators and ministers. The study is based on the contributions of John W. Kingdon on the development of an agenda for the formulation of public policies. It took into account secondary references, legislative and institutional sources from the 1995 to 2005 period. It concluded that the association of tobacco-related healthcare actions by technically skilled officials, the involvement of the high echelon of the Ministry of Foreign Affairs (policy flow), the initiative for the establishment of the WHO-FCTC (problem flow), and the existence of a favorable environment in both, executive and legislative (political flow), opened a window of opportunity for WHO-FCTC ratification and its inclusion in the government decision agenda.

National Program of Tobacco Control; National Tobacco Use Control Commission; Smoke-Free Policy; Public Health Policy

Resumen

Este estudio analiza la creación de una agenda política de control al tabaco en Brasil, a partir de la participación del país en el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (CQCT-OMS por sus siglas en portugués). Tal proceso se extendió entre las negociaciones diplomáticas para la participación de Brasil en ese tratado, en 2003, y su ratificación por el Congreso Nacional, en 2005, que estuvo marcado por largas controversias que pusieron frente a frente a actores de la salud pública, quienes son responsables de las actividades de control al tabaco; el alto escalón de la diplomacia brasileña, los emisarios de la industria tabaquera, los representantes de los pequeños agricultores del tabaco de la región sur del país, diputados, senadores y ministros. El estudio toma como base las contribuciones de John W. Kingdon sobre el proceso de configuración de agenda en el ámbito de la formulación de políticas públicas. Su construcción se basó en bibliografía secundaria, fuentes legislativas e institucionales durante el período de 1995 a 2005. Se concluyó que la convergencia de la capacidad técnica de la burocracia de la salud y sus acciones para el control el tabaco, la participación del alto escalafón del Ministerio de Asuntos Exteriores (flujo de políticas), la iniciativa de creación del CQCT-OMS (flujo de problemas) y la existencia de un ambiente favorable, tanto en el Ejecutivo como en el Legislativo (flujo político), posibilitaron la apertura de una ventana de oportunidad para la ratificación del CQCT-OMS y su ascensión a la agenda de decisión gubernamental.

Programa Nacional de Control del Tabaquismo; Comisión Nacional para el Control del Uso del Tabaco; Política para Fumadores; Políticas Públicas de Salud

Recebido em 10/Jul/2016

Versão final reapresentada em 16/Dez/2016

Aprovado em 10/Mai/2017