

O processo decisório de ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde no Brasil

The decision-making process in Brazil's ratification of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control

El proceso decisorio de ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud en Brasil

Erica Cavalcanti Rangel ¹
André Pereira Neto ²
Tania Maria Cavalcante ¹
Egléubia Andrade Oliveira ³
Vera Luiza da Costa e Silva ²

doi: 10.1590/0102-311X00126115

Resumo

O consumo de tabaco é um dos principais responsáveis por diferentes tipos de câncer e outras enfermidades relacionadas a esse uso. Em 2003, a Assembleia Mundial de Saúde adotou a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde (CQCT-OMS), a qual visa a proteger os cidadãos das consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco. A Convenção deveria ser ratificada pelos países membros da OMS e, no caso brasileiro, sua ratificação envolveu o Congresso Nacional, que realizou audiências públicas nas principais cidades produtoras da erva. Neste trabalho, analisa-se esse processo decisório à luz dos diferentes interesses, posições e atores sociais envolvidos. Em termos metodológicos, trata-se de um estudo qualitativo fundamentado em pesquisa documental baseada, sobretudo, nas notas taquigráficas das audiências públicas. São analisados os interesses e os argumentos apresentados favoráveis e contrários à ratificação. O artigo demonstra que, apesar de precedida por intensos debates, a decisão final favorável à ratificação foi tomada por um grupo restrito de agentes públicos, caracterizando um processo decisório que se assemelha a um funil.

Tabaco; Política de Saúde; Formulação de Políticas

Correspondência

A. Pereira Neto
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação
Oswaldo Cruz.
Rua Leopoldo Bulhões 1480, Rio de Janeiro, RJ 21041-210,
Brasil.
andreperieraneto@gmail.com

¹ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, Brasil.

² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.



Introdução

O consumo de tabaco é considerado um dos principais responsáveis por diferentes tipos de câncer e apontado como a maior causa de mortes evitáveis no mundo ¹. Estudo recente da Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstra as perdas sociais, econômicas, políticas e ambientais provocadas pelo tabagismo em toda a sociedade ². A cultura agrícola do tabaco envolve milhares de trabalhadores rurais que desenvolvem sua atividade em caráter familiar, subjugados a pacotes tecnológicos oferecidos por poderosas empresas transnacionais, inseridas em um mercado globalizado, o que provoca danos à saúde do trabalhador e inclui, muitas vezes, menores de idade ³.

O Brasil destacava-se como o segundo maior produtor e como o maior exportador de fumo em folhas do mundo. Inicialmente, a produção de tabaco no país ocupou áreas reduzidas e concentradas no recôncavo baiano. A transformação do tabaco em produto de exportação corresponde com o desenvolvimento de áreas agricultáveis no sul, baseado em mão de obra europeia. Em 1917, foi instalada, na cidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, a empresa Brazilian Tobacco Corporation, a qual se originou do empreendimento britânico British American Tobacco. Ela foi o passo inicial para a transformação da cidade em um polo nacional da indústria fumageira. Em 1920, a empresa passou a se chamar Companhia Brasileira de Fumo em Folha e, em 1955, foi adquirida pela Souza Cruz. A produção agrícola do fumo em folha concentra-se atualmente nos estados da Região Sul do país, da seguinte maneira: Rio Grande do Sul (50%), Santa Catarina (28,8%) e Paraná (17,5%). Empresas transnacionais passaram a oferecer aos produtores de fumo, via sistema integrado de produção do tabaco, garantias de venda do produto, assistência técnica e insumos necessários à alta produtividade, tais como sementes, pesticidas e fertilizantes. Assim, estabeleceu-se um sistema de dependência entre o pequeno produtor e a empresa transnacional, que envolve desde os critérios de classificação da qualidade da folha do fumo até o estabelecimento dos preços de venda do produto ⁴.

No final do século passado, a OMS se posicionou oficialmente em relação ao consumo de tabaco. Depois de ter avaliado inúmeros estudos, propôs que seus países membros adotassem medidas visando à redução desse consumo ⁴. No dia 16 de junho de 2003, foi aprovado, por unanimidade, o primeiro tratado internacional negociado sob os auspícios da OMS ⁵: a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT-OMS). Este documento abarcava um amplo espectro de atuação e visava a proteger as gerações presentes e futuras das consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco. Foi deliberado que esta Convenção só entraria em vigor quando o quadragésimo país se tornasse parte do tratado.

No Brasil, o processo de ratificação da CQCT-OMS iniciou-se com o debate de um projeto de decreto legislativo em 2004 ⁶, o qual reproduzia, na íntegra, o texto da Convenção. Entre dezembro de 2004 e outubro de 2005, o projeto foi debatido em audiências públicas realizadas nas cinco das principais cidades produtoras de tabaco do país. Para esses eventos, confluíram representantes da indústria do tabaco, dos agricultores e dos defensores da CQCT-OMS, além de líderes políticos nacionais e regionais de diferentes matizes ideológicos e partidários ⁴. Em outubro de 2005, foi promulgado pelo Senado Federal um decreto legislativo ⁷ que aprovou, na íntegra, o texto da CQCT-OMS, assinado pelo Brasil em 16 de junho de 2003, junto à OMS.

O presente artigo analisa os interesses e posições em conflito expressos pró e contra a ratificação nas audiências públicas. Objetiva-se identificar os principais atores sociais envolvidos ao longo desse processo decisório ⁸, que culminou com a ratificação da CQCT-OMS.

Processo decisório: marco teórico-metodológico

Apresenta-se uma análise do processo decisório ⁸ que levou à ratificação da CQCT-OMS. Para tanto, recorreremos à parte da literatura de ciência política que aborda esse tema. Em geral, estes autores destacam que análises dessa natureza devem levar em consideração as “arenas decisórias” ⁹, os atores envolvidos e, sobretudo, a intermediação de interesses que ocorre ao longo desse processo ¹⁰.

Há numerosos fatores que podem afetar o processo de tomada de decisão política. Um deles tem a ver com a conjuntura histórica, enquanto outros, de caráter mais pontual, podem incidir na fluidez do processo decisório, nas interações entre os atores, na aprovação da política pública e no seu

próprio alcance ¹¹. Há ainda outros elementos importantes, como a natureza da questão que é objeto de decisão política e a concentração ou difusão dos custos e benefícios da política. A amplitude dos benefícios envolvidos podem se tornar fatores que constroem ou facilitem a tomada de decisão nessas “arenas decisórias” ⁹.

Alguns autores identificam uma tendência ao fechamento dessas arenas e à concentração, em um grupo estreito, do poder de decisão. Knoke et al. ¹² construíram uma imagem em que associam tal processo a um “afunilamento” ¹² dos atores envolvidos na política. Na boca do funil, podem estar numerosos indivíduos ou grupos mobilizados. Nesta parte larga, os atores envolvidos e as organizações de interesse percebem mais claramente o que está em jogo. Eles estabelecem suas preferências e escolhem de que lado ficar conforme a definição das alternativas que aparecem durante o processo decisório. Na sequência do “afunilamento” ¹², concentram-se as associações de interesse “pico” da política. As organizações “pico” típicas têm um vasto e rico contingente de afiliados que dão aos dirigentes ampla liberdade para escolher entre as opções disponíveis. Embora poucos em número, esses atores são altamente visíveis e inevitavelmente se envolvem em muitas lutas no campo das políticas públicas. Finalmente, no “bico” do funil, localiza-se um reduzido grupo formado por aqueles que tomam as decisões últimas nas “arenas decisórias” ⁹ institucionais relevantes – ministérios, agências reguladoras e/ou legislativo. Virtualmente, todos esses atores institucionais participam da fase final da produção de uma política, já que uma decisão coletiva não é possível sem uma ação definitiva por parte deles, daí decorrendo que se mobilizem em torno de ações pró e contra, colaborando com as associações “pico” e grupos de interesse chave a favor do mesmo resultado da política ¹².

A metáfora do “afunilamento” ¹² implica uma série de atividades iniciais que envolvem desde públicos amplos até ações finais; estas são realizadas por um pequeno número de *decision makers*. Porém, a maioria dos eventos reais de política não se conforma em um cenário tão sequencial. Será mais provável que atores institucionais, como um ministro ou uma agência reguladora, iniciem propostas de política, já que serão eles os que vão reagir a eventos levantados por grupos de pressão e ao *lobby* das associações “pico”. Apesar do caos durante o calor das batalhas em torno da política, a simplicidade conceitual do “funil” ajuda a elucidar um padrão persistente: à medida que uma proposta de política se move em direção a uma resolução concreta, o subconjunto de atores com suficiente poder para afetar a decisão final torna-se, em geral, menor. Em suma, o “funil” de mobilização captura a tendência excludente do processo decisório, sendo raras as instâncias nas quais a participação de massa tem impacto ¹².

No presente artigo, é apresentado um estudo de caráter qualitativo fundamentado em pesquisa documental baseada, sobretudo, nas notas taquigráficas das audiências públicas ¹³. Busca-se considerar o papel das forças políticas organizadas, ou os chamados “grupos de pressão”, que integram o fluxo político e advertem quanto a posições de conflito ou consenso numa determinada cadeia da “arena decisória” ⁹. Eles também possibilitam que os formuladores de políticas façam uma avaliação mais segura sobre as forças e tendências envolvidas, bem como sobre riscos e benefícios que envolvem a adoção de uma determinada proposta.

Caminhos da aprovação

A ratificação da CQCT-OMS no Brasil assumiu o formato de Projeto de Decreto Legislativo, que recebeu o número 602 em 2004 ⁶. Em maio daquele ano, esse projeto foi aprovado pela Câmara dos Deputados e encaminhado ao Senado Federal.

Primeira audiência pública

No dia 15 de setembro de 2004, foi realizada a primeira audiência pública no Senado Federal para debater a matéria.

De acordo com as notas taquigráficas do Senado Federal, a audiência durou cinco horas e meia. Os opositores da ratificação argumentavam que não houve um amplo debate entre o Congresso Nacional e a sociedade sobre as questões relacionadas ao declínio do consumo e as repercussões dessas medidas sobre o pequeno fumicultor. Questionavam se o processo de diversificação na produção, denominada

de “reconversão” pela indústria do tabaco, iria se efetivar de forma satisfatória. As palavras de Heinsi Gralow, então presidente da Associação dos Fumicultores do Brasil (Afubra), traduzem esses argumentos. Segundo ele:

“Queremos saber onde, como e quanto de dinheiro, de onde virão os recursos para atender 226.650 famílias do Brasil, não só do Sul. Não vamos esquecer o Nordeste, Bahia, Alagoas, Paraíba, Rio Grande do Norte, Pernambuco, que têm produtores de tabaco sobre charuto ou então sobre aromático” ¹³.

Sobre o tema, o Senador Fernando Bezerra (Partido Trabalhista Brasileiro, Rio Grande do Norte – PTB-RN), relator na primeira audiência, afirmou:

“...Trabalhei intensamente na apreciação da matéria e cheguei à conclusão em um parecer em que me manifesto, em princípio, de forma favorável (...) isto porque duzentas mil pessoas morrem de câncer no Brasil” ¹³.

Apesar dessa declaração, o mesmo relator pede desculpas a todos os convidados e declara que não poderá permanecer acompanhando o debate ¹³.

Aparentemente, mesmo levando em conta pronunciamentos favoráveis e contrários, não houve oposição frontal à ratificação do tratado nesta audiência pública. O problema parece ter se concentrado na efetivação ou não da chamada “reconversão” ¹⁴.

Os parlamentares que coordenavam a ratificação conseguiram que o debate desse Projeto de Decreto Lei fosse travado em audiências públicas fora do Congresso Nacional. Na oportunidade, ficou definido que as próximas audiências ocorreriam em cinco municípios, onde residem e trabalham os pequenos produtores de fumo, a saber: Santa Cruz do Sul, Irati (Paraná), Florianópolis (Santa Catarina), Camaquã (Rio Grande do Sul) e Cruz das Almas (Bahia).

O exame mais detido de cada uma das audiências públicas fornece novos elementos para reflexão, desvelando os argumentos favoráveis e contrários expressos à ratificação. Todas as audiências, realizadas fora do Senado Federal, contaram com um grande aparato da mídia e foram transmitidas pelo canal de televisão do Senado Federal, em tempo real para todo o Brasil.

Segunda audiência pública

A segunda audiência pública ocorreu no dia 6 de dezembro de 2004, no Estado do Rio Grande do Sul, responsável por 52,3% da produção nacional de fumo. O Vale do Rio Pardo é a área que concentra, no Brasil, o maior conglomerado das grandes indústrias de tabaco ¹⁵. Nessa região, situa-se a cidade de Santa Cruz do Sul, onde ocorreu essa audiência.

Os argumentos centrais pró-ratificação do tratado enfatizavam a dependência química gerada pelo consumo dos produtos do tabaco. Parte do pronunciamento do então diretor do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), José Gomes Temporão, aponta para essa direção:

“...Temos que nos preparar agora, não para o que vai acontecer nos próximos cinco ou dez anos, não vai mudar nada, do ponto de vista prático, temos que nos preparar para o que vai acontecer com seus netos e os seus bisnetos, o que vai acontecer nessa região daqui a vinte, trinta ou quarenta anos...” ¹³.

Os grupos que condenavam a aprovação associaram os riscos do desemprego que tal mudança poderia acarretar com o fato de ela afetar a liberdade individual do cidadão de poder cultivar em seu solo o produto que considerava mais rentável ¹³.

Esta audiência contou com a participação de lideranças do setor político e empresarial. Na oportunidade, Caio Rocha, presidente do Instituto Rio Grandense de Assistência Técnica e Extensão Rural (Emater, Rio Grande do Sul), representando o governador do estado, ressaltou a importância da cultura tabagista, a qual contribui para a redução do efeito estufa ¹³. Assim, um novo argumento contrário à ratificação entra em cena, apresentado por uma autoridade governamental. Este pronunciamento revela as complexas relações de poder e interesse que estavam em jogo na oportunidade.

Logo, as teses contrárias à ratificação do tratado insistiam em destacar as perdas econômicas que incidiriam sobre os municípios produtores de tabaco e sobre os fumicultores, apresentando como alternativa a postergação do processo ¹³. Esta foi a posição do então presidente do Sindicato da Indústria do Tabaco (SINDIFUMO), Cláudio Henn. No seu entender:

“...É importante que se diga que não somos contra a Convenção-Quadro. (...) não queremos que seja feita atropeladamente. Graças à intervenção de V. Ex.as, isso já foi postergado...” ¹³.

Além dos oradores envolvidos, outras manifestações contrárias à ratificação emanavam da plateia ¹³.

Terceira audiência pública

Irati foi o local de realização da terceira audiência pública no dia 19 de agosto de 2005¹³.

Esta audiência contou com cerca de cinco mil participantes e foi transmitida por uma tela de projeção aos que a acompanharam do lado de fora. Durante o seu desenrolar, os defensores da ratificação vinculados à saúde pública assumiram uma postura defensiva, argumentando que a aprovação da CQCT-OMS não interferiria, como alegavam os opositores, na atividade econômica dos agricultores de fumo. Parte do pronunciamento do então Presidente do Departamento de Estudos Socioeconômicos Rurais (DESER), Marcos Rochinski, ilustra bem essa posição. Ele afirmou que:

*“...Não procede, no nosso entendimento, o boato de que os bancos ficarão proibidos de financiar o cultivo de fumo, e a Convenção também não prevê a extinção da lavoura de fumo. Não existe, no texto, qualquer menção de proibir os países, ou melhor, nós, agricultores, de plantar fumo, como também não estabelece qualquer prazo sobre implementação dessas medidas”*¹³.

Além dos argumentos relacionados aos danos causados à saúde da população, era necessário apresentar uma política de favorecimento ao desenvolvimento de uma produção agrícola alternativa. Nesse sentido, as questões vinculadas à produtividade de cultivos alternativos ao tabaco e às medidas de diversificação passaram a ser colocadas de forma central no processo de discussão das audiências públicas. O financiamento público a essa diversificação não parecia estar facilitado. O pronunciamento de Almedo Dettenborn, da Associação dos Municípios do Vale do Rio Pardo – AMVARP, ilustra essa posição:

*“...Eu quero incentivar a introdução da suinocultura, da avicultura no município e não consigo. Eu gostaria que os subsídios, os recursos da Convenção-Quadro, vindos do mundo que mudassem o nosso perfil econômico. Aí, sim, eu seria o primeiro a aplaudir a Convenção...”*¹³.

Quarta audiência pública

A quarta audiência pública realizou-se em Florianópolis no dia 26 de agosto de 2005. Naquele momento, o confronto entre os defensores e os opositores da ratificação ficou ainda mais polarizado, surgindo divergências entre representantes do próprio governo estadual. O Secretário Estadual de Saúde, representando o Governador do Estado, manifestou-se favoravelmente à ratificação, ao passo que o Presidente da Comissão de Agricultura e Política Rural do estado posicionou-se de forma contrária.

Na ocasião, o princípio da liberdade de escolha era reiterado pelos que combatiam a ratificação. Deputado Estadual Reno Caramori (Partido da Frete Liberal, Santa Catarina – PFL-SC), Presidente da Comissão de Agricultura e Política Rural, apresentou sua visão da seguinte forma:

*“...Olhamos sobre essa plateia que, tenho certeza, com as mãos calejadas (...) propriedade pequena, (...) o fumo lhes dá uma grande rentabilidade, da mesma forma que dá o tomate na minha região. Talvez, (...), o tomate leve na sua produção um número bem maior e quantidade maior e mais perigosa de defensivos agrícolas (aplausos). (...) É verdade que o fumo, no prazer de muitos, leva à desgraça, mas eu dizia hoje de manhã aos meus amigos de Itaiópolis: fuma quem quer. (aplausos)...”*¹³.

O argumento do Deputado Estadual Reno Caramori (PFL-SC) enfatiza o aspecto da liberdade do indivíduo de escolher se deseja ou não fumar. No entanto, a recente edição do *The Tobacco Atlas*¹⁶, da American Cancer Society (2015), indica que o cultivo dessa planta envolve o uso de pesticidas e fertilizantes químicos que criam sérios problemas para o ambiente e para o agricultor.

Nesta sessão, os defensores da ratificação da Convenção vieram a público denunciar o envolvimento da Afubra com a International Tobacco Growers' Association (ITGA): Associação Internacional de Produtores de Tabaco, financiada pela indústria fumageira. A denúncia partiu de Paula Jones, da Rede Tabaco Zero, quando afirmou que:

*“...Quem luta contra a ratificação do tratado no Brasil é principalmente a Afubra e algumas entidades aliadas. Mas quem a Afubra realmente representa? Ela realmente representa você, produtor, a pequena família de produtores, que está lá no dia a dia plantando, ou representa os interesses das multinacionais do tabaco? Eu garanto, afirmo e posso comprovar que ela defende os interesses das grandes transnacionais do tabaco...”*¹³.

Se a Afubra contava com o apoio de multinacionais, a Rede Tabaco Zero recebia apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e do

INCA. A Rede é uma Organização Não Governamental (ONG) que reúne grupos sociais, associações médicas, comunidades científicas e ativistas para promover ações contra o consumo de tabaco ¹³. Instituições estrangeiras, a favor ou contra a ratificação, também demonstravam conflito de interesses e de visões em torno desta.

Na mesma ocasião, o Senador Jorge Bornhausen (PFL-SC) manifestou solidariedade aos pequenos proprietários produtores de fumo, afirmando:

“...Estamos pensando nos que morrem, e temos que pensar nos que vivem e nas condições que eles têm sobre produção. (...) uma cultura, que é familiar, que aproveita a pequena propriedade, que tem financiamento, tem assistência técnica e tem comprador” ¹³.

À medida que as audiências se sucediam, os argumentos se estruturavam. Os defensores da ratificação enfatizavam a importância de serem criadas alternativas à produção de tabaco pelos agricultores e advertiam sobre as doenças relacionadas ao consumo deste. Os grupos que condenavam, relacionavam sua aprovação à deterioração da vida de milhares de agricultores, pois a propalada “reconversão” dificilmente se transformaria em realidade palpável. Além disso, as medidas cerceadoras ao consumo do tabaco, presentes na Convenção, afetariam a liberdade individual do cidadão.

Quinta audiência pública

A quinta audiência pública foi realizada no dia 23 de setembro de 2005, em Camaquã, município localizado no Estado do Rio Grande do Sul.

Na oportunidade, os defensores da ratificação da CQCT-OMS pelo Governo brasileiro insistiam em afirmar que seus detratores faltavam com a verdade ao defenderem a ideia de que a ratificação provocaria a erradicação da produção de fumo. Em seu pronunciamento, o Sr. Érico Feltrin, da Casa Civil, desafiou os presentes a encontrar, nesse tratado, qualquer menção à erradicação da cultura do fumo ¹³. Este não era, entretanto, o entendimento da plateia, composta por agricultores de fumo. Para estes, se o consumo de fumo diminuísse, então a produção também reduziria seu ritmo de crescimento.

A presença de um representante da Casa Civil nesta audiência não impediu que o Governador do Rio Grande do Sul, Germano Rigotto (Partido do Movimento Democrático Brasileiro, Rio Grande do Sul – PMDB-RS), se manifestasse contra a ratificação da CQCT-OMS. Ele declarou o seguinte:

“Esse acordo internacional da OMS tem a adesão de vários países, mas a primeira questão que temos que mostrar: é fácil aderir quando não há dois milhões e quatrocentas mil pessoas envolvidas na produção de tabaco” ¹³.

Desta feita, integrantes do Poder Executivo expuseram publicamente suas divergências. O Governador do Estado do Rio Grande do Sul se opunha ao representante da Casa Civil da Presidência da República. Mais uma vez, evidenciou-se uma situação de divergência que poderia ter levado à paralisação governamental ou à inclusão de novos temas na agenda ¹⁰.

A audiência de Camaquã contou com a participação estimada de dez mil pessoas. Para os defensores da ratificação, ela foi considerada a mais difícil, tendo em vista o fato de o governador do estado abrir o evento assumindo publicamente uma posição contrária à aprovação da CQCT-OMS. Seu posicionamento conseguiu reunir inúmeros deputados estaduais, federais, vereadores e prefeitos de diferentes partidos políticos e regiões do Rio Grande do Sul em torno de sua posição.

Os interesses regionais pesavam a favor do indeferimento da ratificação. As bases pressionavam para que a Convenção não fosse aprovada. Deputados federais, senadores e governadores de partidos da base governista não tiveram como contrariar os interesses de suas bases ¹⁷. Essa tendência se tornou ainda mais explícita na quinta audiência.

A posição dos que não apoiavam a ratificação se modificara. Em vez de postergar a decisão, passaram a propor que o Brasil se abstinhasse na ratificação, atendendo, assim, aos anseios dos agricultores. O pronunciamento do Presidente da Federação da Agricultura do Estado do Rio Grande do Sul, Carlos Rivaci Esperotto, retrata isso:

“...a maneira mais inteligente de se manifestar, e que nós acreditamos, (...) ou seja, silenciar. Conforme V. S.a, silenciar é a maneira mais inteligente” ¹³.

Sexta audiência pública

A sexta e última audiência pública ocorreu no Município de Cruz das Almas, no Estado da Bahia, no dia 11 de outubro de 2005. Esta foi a única vez que a discussão sobre a ratificação da CQCT-OMS aconteceu no Nordeste brasileiro – região com baixa produção de fumo, produtora especialmente de fumo de charuto e cigarrilha, se comparada com a produção do Sul do país. A participação do público nesta audiência foi menor que as anteriores¹³. Os dados taquigráficos registram a presença de cerca de trezentas pessoas. A composição do público também foi distinta: em sua maioria, a plateia foi constituída por universitários, representantes de fumicultores, sindicatos e políticos locais¹³.

O fato de outros países já terem aprovado a CQCT-OMS foi um argumento fartamente utilizado pelos defensores da adesão do Brasil a ela. A representante do Ministério da Saúde, em seu pronunciamento, atualizou a evolução dos países signatários da CQCT-OMS no mundo, afirmando que, “dos onze países para os quais exportamos o tabaco, dez já ratificaram, inclusive a China”¹³. O relator da Comissão de Agricultura, Senador Heráclito Fortes (PFL-PI), então, solicitou, de imediato, à representante do Ministério da Saúde que remetesse à mesa o documento que atestava a ratificação da China, ocorrida naquele dia. Diante da adesão deste maior produtor mundial de tabaco, Fortes posicionou-se favoravelmente à ratificação, elaborando um parecer nesse sentido em seu relatório¹³.

No dia 27 de outubro de 2005, foi publicado no *Diário Oficial da União* o *Decreto Legislativo 1.012/2005* que “aprova o texto da CQCT pelo Brasil, em 16 de junho de 2003”⁷.

A Tabela 1 resume os argumentos favoráveis ou contrários que se destacaram em cada uma das seis audiências públicas, explicitando os atores que deram voz a eles.

O “afunilamento” no processo decisório

Um dia após a sexta audiência, foi realizada uma reunião no Senado Federal com a presença do relator da matéria, Senador Heráclito Fortes, do representante da Casa Civil e da representante do Ministério da Saúde. Essa articulação visava a negociar um acordo que garantisse proteção ao elo frágil da cadeia produtiva do tabaco: os fumicultores, pequenos proprietários de terra, que trabalhavam sob uma estrutura de base familiar.

Estudos desenvolvidos pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário¹⁸ analisam o potencial de estratégias e políticas de diversificação da produção em localidades rurais com suas assimetrias e particularidades. Iniciativas que privilegiam os conhecimentos tradicionais em relação ao meio ambiente e à saúde do trabalhador rural e sua família apontam as dificuldades de consolidação dessas ações, que supõe a adoção de políticas públicas mais amplas, mudanças nas estruturas de mercado e processos educativos junto aos consumidores a fim de fortalecer a agroecologia de base familiar¹⁹.

Boa parte das instituições e atores favoráveis e contrários à aprovação da CQCT-OMS estiveram presentes desde a primeira audiência. Diferentes mobilizações foram realizadas por ambas as partes. Elas visavam a mostrar a força política que tinham e sensibilizar a opinião pública a seu favor. No entanto, apesar de todo o debate, a decisão favorável à ratificação foi tomada por um grupo mais delimitado de agentes públicos. Este não foi um fato isolado, pois a concentração do poder de decisão em um grupo estreito é um fenômeno social presente em outros estudos que analisam o processo decisório^{12,20}.

Sendo assim, para que esse processo seja mais bem explicado, alguns autores fazem uma analogia com um funil¹². Essa analogia pressupõe um processo que se desenvolve durante certo tempo, envolve diferentes públicos e pode ser percebido em ações concretas, sem seguir uma ordem cartesiana.

Como as narrativas aqui analisadas sugerem que o ambiente foi tenso nas cidades onde as audiências se realizaram, a simplicidade da analogia do funil ajuda a pensar um padrão que muitos autores consideram persistente¹², o qual pode ser percebido no presente estudo.

Considerações finais

O artigo trata de tema muito importante e aborda um processo político pouco conhecido, concernente às negociações que precederam a ratificação da CQCT-OMS pelo Brasil. De caráter qualitativo,

Tabela 1

Resumo dos argumentos apresentados nas seis audiências públicas sobre a ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde. Brasil, 2004-2005

Local	Data	Argumentos	Atores
Senado Federal (Distrito Federal)	15/Set/2004	Pró – defende que muitas pessoas morrem de câncer no Brasil Pró – condena o trabalho dos menores que trabalham do cultivo de tabaco Contra – defende que não houve tempo suficiente para o debate	Fernando Bezerra – relator e Senador (Rio Grande do Norte) Margaret M. Carvalho – Promotora Pública Heinsi Gralow – representante da Associação Fumicultores do Brasil (Afubra)
Santa Cruz do Sul (Rio Grande do Sul)	06/ Dez/2004	Pró – denuncia os malefícios do tabaco Contra – defende que a produção do tabaco contribui para diminuição do efeito estufa Contra – defende que o debate seja postergado	José Gomes Temporão – Presidente do Instituto Nacional do Câncer (INCA) Caio Rocha – representante da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Rio Grande do Sul (EMATER-RS) Cláudio Henn – Sindicato da Indústria do Tabaco (SINDIFUMO)
Irati (Paraná)	19/ Ago/2005	Pró – defende que a Convenção não acaba com a produção de tabaco Contra – não acredita na “reconversão” da produção agrícola	Marcos Rochinski – representante da Organização Não Governamental Departamento de Estudos Sócio-Econômicos Rurais (DESER) Almedo Dettenborn – representante da Associação dos Municípios do Vale do Rio Pardo (AMVARP)
Florianópolis (Santa Catarina)	26/ Ago/2005	Pró – denuncia envolvimento c/ indústria internacional de tabaco Contra – defende a liberdade de escolha Contra – defende o pequeno agricultor	Paula Jones – representante da Organização Não Governamental Rede Tabaco Zero Reno Caramori – Deputado Estadual (Santa Catarina) Jorge Bornhausen – Senador (Santa Catarina)
Camaquã (Rio Grande do Sul)	23/Set/2005	Pró – defende que a Convenção não acaba com a produção de tabaco Contra – defende que o Brasil se abstenha – não aprove a Convenção;	Érico Feltrin – representante da Casa Civil – Presidência da República Germano Rigotto – Governador (Rio Grande do Sul) Carlos Rivaci Esperotto - Presidente da Federação da Agricultura (Rio Grande do Sul)
Cruz das Almas (Bahia)	11/ Out/2005	Pró – ressalta que a China havia assinado a ratificação	Heráclito Fortes – relator e Senador (Piauí)

baseou-se nas notas taquigráficas das audiências públicas sobre o tema, promovidas pelo Senado Federal em diferentes cidades – centros produtores de tabaco no Brasil. Apesar de precedida por intensos debates, a decisão final favorável à ratificação foi tomada por um grupo mais delimitado de agentes públicos. Por essa razão, esse processo decisório se assemelha a um “funil”.

Neste estudo as “arenas decisórias”⁹ foram as audiências públicas realizadas, exatamente, nos locais de maior produção de tabaco do país. A intenção do *lobby* tabagista era clara: pressionar os senadores a rejeitar a ratificação da CQCT-OMS, no Brasil. Um exemplo nesse sentido pode ser identificado na matéria publicada no jornal *Gazeta do Sul* às vésperas da audiência pública realizada em Santa Cruz do Sul, no dia 6 de dezembro de 2004. Segundo o periódico, a cidade, dependente da produção de fumo, vivia um “momento decisivo”²¹.

*“A economia de Santa Cruz, do Vale do Rio Pardo e de muitos municípios de Santa Catarina e Paraná viverá um dos momentos mais importantes da sua história na segunda-feira. Senadores vão participar de audiência pública na Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), quando será discutida a adesão do Brasil à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. (...) ocorrerá o encontro no auditório da Unisc, quando produtores, industriais e líderes tentarão convencer os senadores a não ratificarem a Convenção-Quadro. Para a audiência, serão credenciadas 810 pessoas, de vários segmentos”*²².

Ao longo da exposição feita neste artigo, os atores envolvidos e seus interesses ficaram claros. De um lado, o Governo Federal e suas instituições, acompanhados por organizações não governamentais vinculadas ao câncer e ao combate ao tabagismo. De outro, os interesses locais dos pequenos produtores de tabaco, expressos nas palavras daqueles que pretendiam falar em nome das bases dos governadores e parlamentares de diferentes partidos dos estados produtores¹⁷. Com eles, somavam-se as associações regionais e nacionais de fumicultores, vinculadas a instituições tabagistas internacionais¹⁹. Assim, ficaram claras as complexas relações de poder e os interesses que estavam em jogo na oportunidade.

As interações entre os argumentos expostos nesta “arena decisória”⁹ puderam ser percebidos ao longo desse processo. A ratificação era justificada a partir dos danos à saúde causados pelo consumo do tabaco. A oposição, por sua vez, reagia ao resgatar o princípio da liberdade individual. Além disso, os líderes fumicultores denunciavam os prejuízos que os milhares de famílias produtoras teriam com a extinção do plantio do tabaco. Já os defensores da CQCT-OMS argumentavam que a política de programa de substituição de cultivos, denominada “reconversão”, iria garantir a sobrevivência das famílias e dirimir os possíveis danos sociais e econômicos. Os críticos expunham suas dúvidas sobre a capacidade da “reconversão” de gerar os benefícios propalados.

Transcorridos praticamente dez anos da ratificação, o Brasil continua integrando o quadro dos países que mais produzem e exportam tabaco¹⁶. O Programa de Apoio à Diversificação Produtiva nas Áreas Cultivadas com tabaco parece não ter atingido ainda sua plenitude²³. Contudo, uma análise do DESER, publicada em março de 2015, destaca uma queda de 24% nas exportações de folha de tabaco em 2014, em relação ao ano anterior²².

O debate nacional sobre a ratificação da CQCT-OMS foi provocado por uma decisão tomada em outra “arena decisória”⁹, no caso a Assembleia da OMS. O problema para o Governo Federal passou a ser encontrar uma via de legitimar a ratificação. As audiências públicas realizadas nas cidades produtoras de tabaco visavam a dificultar a tomada de decisão, que se deu por um grupo restrito. Como justificar este “afunilamento”¹²?

Duas hipóteses explicativas nos parecem possíveis. Uma está associada aos custos das doenças relacionadas ao tabaco para o Sistema Único de Saúde (SUS). Estudo recente²⁴ demonstra que, em 2005, cerca de 35% das internações de homens e 27% das internações de mulheres no SUS foram atribuídas ao tabagismo, envolvendo custos com doenças respiratórias, no sistema circulatório e com o câncer. A decisão pelo “afunilamento”¹² deve ter sido tomada com o objetivo de arrefecer esta dimensão financeira. Não deve ser descartada a amplitude dos benefícios envolvidos com a redução da produção e consumo de tabaco como elemento que contribuiu para esta tomada de decisão. A segunda explicação é menos mensurável, mas igualmente significativa. Ela está relacionada a outro processo decisório: o da aprovação da CQCT-OMS no fórum da OMS. Naquela “arena decisória”⁹, o Brasil desempenhou papel proeminente. Um dos sinais que sugerem essa liderança está associado ao fato de o embaixador brasileiro Luiz Felipe Seixas Correa ter sido eleito, por unanimidade, para presidir o Órgão Negociador Intergovernamental da Convenção (ONI). A CQCT-OMS foi negociada durante quatro anos (1999-2003) e, durante todo este período, os representantes do governo brasileiro desempenharam papel decisivo²⁵. Ademais, o Brasil foi o segundo país a assinar esse documento; portanto, se não tivesse ratificado a Convenção em seu território, teria se desmoralizado internacionalmente.

O presente estudo tem algumas limitações que merecem ser lembradas. Uma delas está associada ao fato de esta pesquisa ter se baseado, quase que exclusivamente, em notas taquigráficas – um tipo de escrita desenvolvida para ser tão rápida quanto a fala. Outros estudos poderiam ser realizados utilizando, por exemplo, fontes de informação audiovisual, já que as audiências foram transmitidas pela televisão. A explicação das razões que levaram ao “afunilamento”¹² também poderiam ser verificadas à luz de uma análise cuidadosa da conjuntura política do primeiro governo Lula, particularmente dos desafios inerentes à política de proteção implementada²⁶. De qualquer forma, este trabalho contribui para o entendimento desse momento importante da história da saúde pública brasileira.

Colaboradores

E. C. Rangel contribuiu na pesquisa e redação do texto original. A. Pereira Neto colaborou na orientação do estudo e revisão final do texto. T. M. Cavalcante, E. A. Oliveira e V. L. Costa e Silva contribuíram na revisão final do texto. Todos os autores aprovaram a versão final para publicação.

Referências

1. Malta DC, Oliveira TP, Vieira ML, Almeida L, Szwarcwald CL. Uso e exposição à fumaça do tabaco no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24:239-48.
2. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013. Geneva: World Health Organization; 2013.
3. Silva JB, Xavier DS, Barboza MCN, Amestoy SC, Trindade LL, Silva JRS. Fumicultores da zona rural de Pelotas (RS), no Brasil: exposição ocupacional e a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI). *Saúde Debate* 2013; 37:347-53.
4. Romero LC, Costa e Silva VL. 23 anos de controle do tabaco no Brasil. *Rev Bras Cancerol* 2011; 57:305-14.
5. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2003.
6. Senado Federal. Projeto de Decreto Legislativo nº 602, de 25 de Maio de 2004. <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/67812> (acessado em 01/Mar/2016).
7. Senado Federal. Decreto Legislativo nº 1.012/2005. <http://legis.senado.gov.br/diarios/BuscaPaginasDiario?codDiario=511...119...119> (acessado em 01/Mar/2016).
8. Capella ACN. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais* 2006; 61:25-52.
9. Hilgartner S, Bosk CL. The rise and fall of social problems: a public arenas model. *Am J Sociol* 1988; 94:53-78.
10. Labra ME. Análise de políticas, modos de policy-making e intermediação de interesses. *Physis (Rio J.)* 1999; 9:131-66.
11. Oliveira EA, Labra ME, Bermudez JA. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:2379-89.
12. Knoke D, Pappl FU, Broadbent J, Tsujinka Y. Comparing policy networks. Labor politics in the US, Germany, and Japan. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
13. Subsecretaria de Taquigrafia, Secretaria Geral da Mesa, Senado Federal. Notas taquigráficas das Audiências Públicas do Senado Federal à Convenção-Quadro sobre o Controle do Tabaco. http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/convencao_quadro/documentos_publicacoes (acessado em Ago/2014).
14. Riquinho DL, Hennington EA. Diversificação agrícola em localidade rural do Sul do Brasil: reflexões e alternativas de cumprimento da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. *Physis (Rio J.)* 2014; 24:183-207.
15. Vargas M, Oliveira BF. Estratégias de diversificação em áreas de cultivo de tabaco no Vale do Rio Pardo: uma análise comparativa. *Revista de Economia e Sociologia Rural* 2012; 50:157-74.
16. Eriksen MP. The tobacco atlas. 5th Ed. Atlanta: American Cancer Society; 2015.
17. Bezerra MOT. Políticos, representação política e recursos públicos. *Horizontes Antropológicos* 2001; 7:181-207.
18. Secretaria de Desenvolvimento Territorial, Ministério do Desenvolvimento Agrário. Relatório de gestão do Exercício de 2011. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário; 2012.
19. Coradini OL, Fredericq A. Agricultura, cooperativas e multinacionais. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2009.
20. Oliveira EA. Política de produção pública de medicamentos no Brasil: o caso do Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE) [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
21. Fumicultura vive momento decisivo segunda-feira. *Gazeta do Sul* 2004. <http://www.grupogaz.com.br/gazetadosul/> (acessado em 01/Mar/2016).
22. Departamento de Estudos Sócio-Econômicos Rurais. Queda das exportações de tabaco reforça necessidade de fortalecimento do Artigo 17 da Convenção-Quadro. *Boletim Eletrônico* 2015; (25). <http://www.deser.org.br/adm/ver.asp?id=88>.

23. Vargas MA, Bonato A. Cultivo do tabaco, agricultura familiar e estratégias de diversificação no Brasil. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário; 2007.
24. Pinto M, Ugá MAD. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública 2010; 26:1234-45.
25. Cavalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. Rev Psiquiatr Clín (São Paulo) 2005; 32:283-300.
26. Freitas RCM. O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. Revista Katálysis 2007; 10:65-74.

Abstract

Tobacco consumption is a leading cause of various types of cancer and other tobacco-related diseases. In 2003, the World Health Assembly adopted the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control (WHO-FCTC), which aims to protect citizens from the health, social, environmental, and economic consequences of tobacco consumption and exposure to tobacco smoke. The Convention was to be ratified by the Member States of the WHO; in Brazil's case, ratification involved the National Congress, which held public hearings in the country's leading tobacco growing communities (municipalities). The current study analyzes this decision-making process according to the different interests, positions, and stakeholders. In methodological terms, this is a qualitative study based on document research, drawing primarily on the shorthand notes from the public hearings. We analyze the interests and arguments for and against ratification. The article shows that although preceded by intense debates, the final decision in favor of ratification was made by a limited group of government stakeholders, characterizing a decision-making process similar to a funnel.

Tobacco; Health Policy; Policy Making

Resumen

El consumo de tabaco es uno de los principales responsables de los diferentes tipos de cáncer y otras enfermedades relacionadas con su consumo. En 2003, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (CQCT-OMS), que tiene como objetivo proteger a los ciudadanos de las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas generadas por el consumo y por la exposición al humo del tabaco. El convenio debería ser ratificado por los países miembros de la OMS y, en el caso brasileño, su ratificación involucró al Congreso Nacional, que realizó audiencias públicas en las principales ciudades productoras de esta planta. En este trabajo, se analiza ese proceso decisorio a la luz de los diferentes intereses, posiciones y actores sociales involucrados. En términos metodológicos, se trata de un estudio cualitativo, fundamentado en una investigación documental basada, sobre todo, en las notas taquigráficas de las audiencias públicas. Se analizan los intereses y los argumentos presentados favorables y contrarios a la ratificación. El artículo demuestra que, a pesar de estar precedida por intensos debates, la decisión final favorable a la ratificación se tomó por parte de un grupo restringido de agentes públicos, caracterizando un proceso decisorio semejante por su dinámica al de un embudo.

Tabaco; Política de la Salud; Formulación de Políticas

Recebido em 04/Ago/2015
Versão final reapresentada em 02/Jun/2016
Aprovado em 05/Abr/2017