

4

A internalização da norma internacional de controle do tabaco: o processo de ratificação da CQCT no Brasil

4.1.

O panorama brasileiro

No final de 2000, o Brasil aprovou legislação que proíbe a propaganda de produtos derivados do tabaco em meios diversos, como revistas, jornais, rádio, televisão e outdoors, por exemplo. No início de 2002, tornou-se obrigatório a divulgação de imagens de advertência em todas as embalagens de cigarros vendidas ao redor do país. Mais recentemente, em 2009, o Estado de São Paulo sancionou uma lei antifumo que restringe o consumo de produtos fumígenos (derivados ou não do tabaco) em ambientes de uso coletivo, total ou parcialmente fechados – uma iniciativa que, posteriormente, se alastrou para outros estados e municípios do país. E, no final de 2011, a Presidente Dilma Rousseff aprovou lei antifumo que, por seu turno, abrange todo o país.

Ao restringir a liberdade dos fumantes em exercer seu hábito em locais típicos de lazer (como bares e restaurantes, por exemplo), as recentes leis antifumo impactaram significativamente no cotidiano social dos indivíduos, colocando em evidência uma nova realidade global de práticas regulatórias e significados sociais associados ao tabagismo. Por esta razão, tais iniciativas receberam ampla cobertura midiática nas fases iniciais de sua aprovação e implementação, de modo que, diferentemente de medidas anteriores, elas motivaram um debate público mais amplo, envolvendo desde autoridades e especialistas no assunto, até a mídia e a opinião pública.

Com efeito, os desenvolvimentos recentes anunciam que o país se encontra em franco processo de internalização da norma internacional de controle do tabaco. Neste caso, o presente capítulo procura evidenciar como o reconhecimento científico dos riscos do tabagismo à saúde influenciou na consolidação de um coletivo médico antitabagista no Brasil. No caso, além de difundir conhecimento, informações e ideias sobre o tema, o coletivo médico brasileiro mobilizou o apoio político necessário para a adoção de medidas de controle do tabaco no país.

Com relação ao processo de criação CQCT em específico, cabe destacar que o Brasil ocupou um lugar de destaque ao longo no decorrer de sua negociação. Nesse sentido, o embaixador brasileiro Celso Amorim foi eleito presidente do Órgão de Negociação Intergovernamental do tratado em 2000; já a partir de 2002, outro embaixador brasileiro, Luiz Felipe de Seixas Corrêa, assumiu este posto. Desse modo, o Brasil se manteve na liderança de quase todo o processo de negociação do texto da CQCT – neste caso, a presidência da ONI ficou a cargo de um representante de outro Estado apenas no período entre 2001 e 2002.

Ao mesmo tempo em que o Brasil liderava o processo de negociação da CQCT, a direção da Iniciativa Livre do Tabaco, um dos programas da OMS, ficou sob a responsabilidade de uma pneumologista brasileira, especialista em saúde pública, Dra. Vera Luiza da Costa e Silva – no caso, ela foi selecionada entre outros cento e vinte profissionais vinculados a programas de controle do tabaco em seus respectivos países. Diante disso, Luiz Felipe De Seixas Corrêa chegou a afirmar que o “papel protagônico da diplomacia brasileira no processo negociador da CQCT foi o colorário natural da reconhecida efetividade do programa brasileiro de controle do tabaco, considerado exemplar pela OMS¹⁷¹”.

Assim sendo, ao investigar os impactos da norma internacional de controle do tabaco no Brasil, o presente capítulo dirige atenção aos discursos e práticas de indivíduos, autoridades estatais, e grupos organizados da sociedade civil brasileira, de modo geral, refletindo sobre as seguintes questões: como as normas e ideias que evoluem “lá fora”, no sistema internacional, chegam “aqui dentro”, na arena doméstica, e têm efeitos constitutivos? E ainda, como as normas ingressam ou são incorporadas pela agenda doméstica? Neste caso, portanto, ao incorporar o contexto doméstico à investigação sobre o processo evolutivo da norma internacional de controle do tabaco, o presente trabalho pretende refletir sobre as razões pelas quais as normas internacionais têm impactos constitutivos em alguns países, mas não em outros; e mais, refletir sobre como as particularidades domésticas podem influenciar a própria evolução das normas.

¹⁷¹ BRASIL, 2004a.

4.2.

A emergência da norma internacional de controle do tabaco e seus impactos no Brasil

Como visto no capítulo anterior, os estudos epidemiológicos da década de 1960 culminaram no reconhecimento científico sobre os riscos do tabagismo. Na sequência, as publicações do *Royal College of Physicians* (1962) e do *United States Surgeon General* (1964) levaram à realização da 1ª Conferência Mundial em Tabaco ou Saúde, em 1967, um importante fórum para a viabilização da emergência e difusão da norma internacional de controle do tabaco. Como resultado, a partir da década de 1980 os governos de quase todas as democracias industrializadas passaram a implementar várias formas de regulação do tabaco, na forma de múltiplos instrumentos (sejam estes regulatórios, econômicos, educacionais, de construção de capacidades, ou de difusão do conhecimento), estreitando assim o controle sobre a indústria, os produtores, consumidores, publicitários e vendedores de produtos derivados do tabaco¹⁷².

No caso, diante da importância econômica da indústria, bem como dos produtores e consumidores de tabaco, a questão regulatória deste produto foi e continua sendo um assunto eminentemente político, de forma que as mudanças neste campo se operam gradativamente, após constante negociação. No decorrer das últimas décadas, cada vez mais governos e sociedades se convenceram da importância de medidas para regulamentação do consumo de tabaco. Desse modo, as mudanças no campo do controle do tabaco ocorrem através de processos de socialização que, por seu turno, ocorrem de maneira mais rápida e abrangente em alguns países, e de maneira mais lenta e insuficiente em outros.

Com relação ao Brasil, os resultados dos estudos e publicações supracitados circularam através da comunidade médica brasileira por intermédio de resumos, condensações e citações em artigos de revistas especializadas tais como a “Brasil-Médico”, a “Revista Brasileira de Medicina” e o “Jornal Brasileiro de Medicina” – revistas de periodicidade mensal que circulavam em grande parte do território nacional¹⁷³. Como resultado, os médicos fisiologistas e clínicos gerais preocupados com os riscos do tabagismo foram os principais responsáveis pela reprodução de pesquisas e difusão de informações no contexto brasileiro,

¹⁷² Ver STUDLAR, 2007.

¹⁷³ GONÇALVES, 2009, p. 79.

consolidando, assim, um grupo antitabagista coeso no país. Para além do cenário médico e especializado, os relatórios mencionados foram divulgadas entre o público leigo através de revistas como “Seleções do Reader's Digest”, por exemplo, cuja publicação brasileira teve início em 1942.

Destarte, a divulgação/reprodução do conhecimento científico sobre os riscos do tabagismo através da comunidade médica antitabagista pode ser entendida como uma das primeiras manifestações do processo mais amplo de difusão da norma internacional de controle do tabaco. Nessa direção, o processo de transferência/transmissão do conhecimento científico culminou na consolidação de um coletivo médico preocupado com a questão do controle do tabaco no Brasil. Como resultado, tal coletivo médico antitabagista legitimou as mudanças no contexto brasileiro de controle do tabaco, influenciando as preferências de agentes políticos domésticos com relação ao assunto.

Assim sendo, com a consolidação da influência deste coletivo médico antitabagista, verificou-se a partir da década de 1960 o surgimento dos primeiros projetos de leis para regulamentação do consumo de tabaco no Congresso Nacional, estimulados em grande medida pela comprovação científica da relação entre tabagismo e câncer de pulmão. Mais precisamente, três projetos de leis relacionados à questão foram apresentados neste período: 1) o PL-2335, datado de 1964, de autoria do deputado federal Pedro Marão (PTN/SP), preceituando a obrigatoriedade da impressão de determinados dizeres alusivos à prevenção do câncer nas embalagens dos produtos manufaturados de tabaco; 2) o PL-3174, datado de 1965, de autoria do deputado federal Eurico de Oliveira (PTB/GB), dispondo sobre o uso do tabaco e buscando instituir um adicional para o combate ao câncer; e 3) o PL-2602, datado de 1965, de autoria do deputado Ivan Luz (PRP/PR), que também preceituava a impressão de advertência na embalagem de produtos elaborados com fumo¹⁷⁴.

Com relação aos projetos de lei supracitados, cabe ressaltar que ao justificarem suas propostas, os autores se preocuparam em mencionar as pesquisas epidemiológicas da década de 1960, que reconheceram cientificamente os riscos do tabagismo à saúde atingido. Ivan Luz¹⁷⁵, por exemplo, afirmava que:

¹⁷⁴ Informações detalhadas sobre as proposições de lei mencionadas estão disponíveis no site da Câmara dos Deputados: <<http://www2.camara.gov.br>>.

¹⁷⁵ BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 2602 de 10 de março de 1965.

Multiplicam-se, em todo o mundo, as advertências de médicos e cientistas quanto aos perigos do tabagismo. Segundo conclusão de estudos e pesquisas feitas por autoridades da maior respeitabilidade e categorização científica, o câncer das vias respiratórias, terrível flagelo da humanidade, avulta entre os males causados pelo vício de fumar. Órgãos de publicidade estrangeiros e nacionais vêm abrindo em suas colunas espaços sempre mais amplos para a divulgação daqueles estudos. (...) O projeto em tela persegue um fim educativo. Será uma entre muitas iniciativas de maior importância e eficácia que devem ser tomadas para afastar do perigo os que a ele expõem a saúde e a vida. Será um mínimo a ser cumprido pelo Estado que já não pode ficar alheio ao fato, sob a pena de descumprir elementar dever que decorre de seu poder de polícia, quando não de imposições mais altas, no sentido de resguardar a saúde do povo.

Nesse sentido, tal projeto de lei apresentado por Ivan Luiz ganhou mais notoriedade que os demais de sua época, tendo em vista o destaque conquistado pelo mesmo junto à comunidade médica brasileira, especialmente após publicação do periódico “O Médico Moderno”, que assumiu para si a cobertura do projeto em questão¹⁷⁶. Em entrevista a este periódico, Ivan Luiz foi indagado sobre as justificativas de seu projeto, e em resposta o deputado afirmou que tinha conhecimento das medidas de controle do tabaco tomadas por governos estrangeiros e, portanto, seu objetivo era propor ações semelhantes no Brasil – ainda, ele acrescentou que também era finalidade de seu projeto “provocar amplos debates, trazer a público um problema social de grande magnitude e atrair os pontos de vista das principais autoridades médicas e governamentais¹⁷⁷”.

Na edição em que Ivan Luiz foi entrevistado, o periódico também apresentou um levantamento sobre a opinião de profissionais de associações médicas e órgãos do governo com relação ao projeto, observando que a maioria dos profissionais procurados se mostrava favorável ao mesmo. Além disso, o periódico também apurou a opinião de vinte parlamentares e de trezentos clínicos de quinze importantes cidades brasileiras, de modo que, somando ambos os grupos, houve 75% de aprovação para o projeto. Mas, apesar disso, o projeto de lei em questão foi arquivado – assim como outros que, até meados da década de 1980, também tentaram regulamentar o consumo do tabaco no país¹⁷⁸.

¹⁷⁶ GONÇALVES, 2009, p. 92.

¹⁷⁷ MÉDICO MODERNO, 1965, p. 24 apud GONÇALVES, 2009, p. 93.

¹⁷⁸ Em 1971, por exemplo, o senador José Lindoso apresentou ao Senado Federal um projeto de lei que buscava instituir a proibição parcial da propaganda do fumo na TV e rádio, assim como a sua regulamentação comercial. Ademais, o projeto reiterava a necessidade da obrigatoriedade de advertência nas embalagens de cigarros, e da proibição da venda para menores de idade. No entanto, assim como ocorreu com projetos anteriores, este também foi arquivado.

No decorrer da década de 1970, o periódico “Jornal Brasileiro de Medicina” se tornou o principal veículo especializado engajado na divulgação de artigos sobre tabagismo e questões relacionadas ao controle do tabaco no país. Durante este período, o periódico estabeleceu um discurso antitabagista voltado principalmente à opinião dos médicos – especialmente daqueles que insistiam em manter o hábito. Os artigos publicados pelo periódico eram, em sua maioria, da autoria de fisiologistas e pneumologistas vinculados a alguma entidade médica ou órgão estatal. Este é o caso, por exemplo, do especialista Edmundo Blundi, importante empreendedor da norma de controle no país que ocupou entre 1971 e 1973 o cargo de diretor da Divisão Nacional de Tuberculose – uma evidência, portanto, de que os empreendedores da norma de controle do tabaco geralmente transitam em diferentes instituições políticas e sociais, reforçando a autoridade de seu discurso através de audiências distintas¹⁷⁹.

Ao final da década de 1970, foi realizada uma série de congressos e seminários médicos sobre questões relacionadas ao tabagismo e controle do tabaco que culminaram na elaboração de um importante documento para a institucionalização do discurso político deste coletivo médico antitabagista: neste caso, portanto, o documento denominado por “Carta de Salvador¹⁸⁰”. Destarte, foi o “Jornal Brasileiro de Medicina” que deu este nome ao documento, divulgando em abril de 1979 o simpósio onde o mesmo foi assinado. Ocorrido sob os auspícios do Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculose (IBIT, Salvador/BA), o simpósio em questão reuniu pela primeira vez os principais líderes brasileiros da luta contra o tabagismo à época, dentre os quais se destaca: José Silveira, Jayme Santos Neves, José Rosemberg, Antônio Carlos Peçanha Martins, Mário Rigatto, Edmundo Blundi, Ângelo Rizzo e Antônio Pedro

¹⁷⁹ GONÇALVES, 2009.

¹⁸⁰ Cabe destacar outros fatos que também marcaram a temática de controle do tabaco ao longo da década de 1970. Por exemplo, neste período foi realizado o primeiro encontro da Sociedade Médica Brasileira de Combate ao Fumo, na cidade de São Paulo. Esta organização teve um breve período de existência (1 ano), realizando apenas mais dois encontros profissionais para discussão do tema. Além disso, o médico e deputado federal Pedro Lucena, que assumiu a vice-presidência desta Sociedade, propôs dois projetos de lei à Câmara Federal: um primeiro sugerindo a proibição do fumo nos transportes coletivos; um segundo propondo que a Sociedade Médica Brasileira de Combate ao Fumo se tornasse uma entidade de utilidade pública. No caso, ambos foram arquivados. Nesse sentido, Huener Gonçalves (2009), em pesquisa historiográfica sobre o controle do tabaco no Brasil, constatou que setenta e nove projetos de lei sobre regulamentação do tabaco foram apresentados ao Congresso Nacional na década de 1970. Na década anterior, foram nove os projetos apresentados.

Mirra¹⁸¹. Portanto, o “Jornal Brasileiro de Medicina” apresentou um resumo do documento elaborado pelo simpósio, bem como o denominou por “Carta de Salvador”, em substituição ao título oficial “Tabagismo – Um novo Desafio”.

No caso, a “Carta de Salvador” corresponde a uma espécie de manifesto do movimento antitabagista brasileiro. Em linhas gerais, ele alertava para os prejuízos sanitários, econômicos e ecológicos provocados pela produção e consumo do tabaco, bem como clamava pelo envolvimento do Estado no que se refere à adoção de políticas públicas para o controle do tabaco¹⁸². Como resultado, a “Carta de Salvador” inaugurou uma nova fase de atuação para o coletivo médico antitabagista com a realização de eventos anuais para discussão, divulgação e articulação de combate ao tabagismo em nível nacional. Com isso, o coletivo médico antitabagista foi capaz de programar os próximos passos a ser dados, envolvendo a formulação de um Programa Nacional de Combate ao Fumo e a mobilização de apoio oficial ao movimento.

Sobre esta ideia para um programa nacional de combate ao tabagismo, verifica-se que esta conquistou maior adesão no cenário brasileiro a partir de 1975, ano da realização da 3ª CMTS, em Nova York. Alguns pesquisadores brasileiros participaram desta edição do evento, em especial Ruth Sandoval Marcondes e Isabel Maria Teixeira da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP); e Antônio Pedro Mirra, do Hospital A. C. Camargo (Centro de Tratamento, Ensino e Pesquisa em Câncer). E na oportunidade em questão, estes pesquisadores brasileiros puderam conhecer as experiências de outros países, que os ajudaram na consolidação de argumentos consistentes para incentivar um programa nacional de combate ao tabagismo.

Assim, a perspectiva de institucionalizar o combate ao tabagismo através de um programa nacional recebeu ainda mais apoio a partir do XII Congresso Internacional de Câncer (Buenos Aires, 1978). Para que isso ocorresse, no caso, foi fundamental a intervenção de Richard Doll¹⁸³, visto que, durante o evento, ele

¹⁸¹ GONÇALVES, 2009, p. 141.

¹⁸² Em abril de 1979, Antônio Pedro Mirra e Almério de Souza Machado apresentaram a “Carta de Salvador” ao Ministro da Saúde da época, Mário Augusto de Castro Lima, e ao líder do Governo no Senado, Jarbas Passarinho, sem obter, no entanto, qualquer tipo de retorno por parte destas autoridades. Ver BOEIRA, 2002; MIRRA & ROSEMBERG, 2005.

¹⁸³ Como visto no capítulo 3, o epidemiologista britânico Richard Doll foi um dos pioneiros nas pesquisas sobre o tabagismo e seus impactos na saúde humana. Junto a Ernst Wynder, Bradford Hill, e Evarts Graham, este foi um dos primeiros pesquisadores a provar cientificamente que o tabagismo causa câncer de pulmão, assim como aumenta os riscos de doenças cardíacas.

deu sugestões aos profissionais e especialistas brasileiros presentes. Como resultado, estes profissionais conseguiram viabilizar a proposta de um programa nacional de combate ao tabagismo em 1979, especialmente com o auxílio e patrocínio da Sociedade Brasileira em Cancerologia; da Fundação Antônio Prudente; e da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Portanto, em 1979 foram realizadas algumas reuniões preliminares para a elaboração do primeiro Programa Nacional contra o Fumo¹⁸⁴. A princípio, o programa ficou sob a coordenação da Comissão Especial de Combate ao Tabagismo, da Associação Médica Brasileira (AMB) que tinha como principal objetivo elaborar uma campanha de conscientização pública sobre a questão¹⁸⁵. Como metodologia de ação, ao longo de toda a década de 1980 o programa procurou promover diversos simpósios, seminários, palestras, conferências, eventos e exposições em todo o território nacional. Além disso, o programa buscou divulgar informações sobre o tabagismo através de matérias e artigos, bem como através de comerciais educativos na rádio e televisão¹⁸⁶.

Destarte, enquanto a responsabilidade sobre o primeiro Programa Nacional de Combate ao Fumo foi inteiramente assumida pela AMB e por membros de entidades médicas regionais, a partir de 1981 o governo federal se envolveu de maneira mais incisiva, criando a Comissão para Estudos das Consequências do Fumo com o apoio do Ministério da Saúde. No caso, sua função era dar pareceres sobre os projetos de leis relacionados à temática do tabagismo no Congresso Nacional. Em sua maioria, a Comissão era composta pelos entusiastas do controle do tabaco no Brasil, dentre os quais se destaca Antônio Pedro Mirra, Edmundo Blundi, Germano Gerhard Filho, Jayme Santos Neves, José Rosemberg, José Silveira, Margareth Dalcomo, e Mário Rigatto. Além de sua breve duração (apenas um ano), cabe destacar outra uma particularidade desta Comissão, qual seja: ela não estava autorizada a se manifestar publicamente, fato que leva a

¹⁸⁴ Participou destas reuniões quase a totalidade dos líderes regionais e representantes institucionais ligados a quarenta e cinco entidades médico-científicas, órgãos públicos e sociedades de prestação de serviços à comunidade. Dentre os nomes, destacam-se: Antônio Carlos Campos Junqueira; Antônio Pedro Mirra; Almério de Souza Machado; Glacilda Telles Menezes Stewien; José Rosemberg; Luiz Carlos Calmon Teixeira; Mário Rigatto; Mozart Tavares de Lima; Roberto Bibas; e Ruth Sandoval Marcondes. Ver MIRRA & ROSEMBERG, 2005.

¹⁸⁵ Desta comissão, participaram: Jayme Santos Neves; José Silveira; Mário Rigatto; José Rosemberg; e Antônio Pedro Mirra.

¹⁸⁶ Um dos primeiros e mais importantes eventos realizados pelo Programa foi a 1ª Conferência Brasileira de Combate ao Tabagismo, realizada em 1980, na cidade de Vitória.

acreditar que o sigilo de seus atos se devia à possibilidade de repercussões negativas em outros setores da vida nacional¹⁸⁷.

Assim sendo, ainda em 1981, a AMB (em parceria com o Laboratório Farmacêutico Quimiovert) tentou levar ao ar, através da Rede Globo de Televisão, um programa de combate ao tabagismo, que, no entanto, foi cassado pelo Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (CONAR)¹⁸⁸. Nesse sentido, cabe destacar que até o ano de 1985, nenhum dos projetos de leis para regulamentação do tabaco que foram apresentados ao Congresso Nacional conquistaram aprovação. De acordo com Gonçalves¹⁸⁹, uma das razões que explicam este fato reside nas próprias regras do regimento interno daquela instituição, que possuía brechas para a atuação do *lobby* de companhias de cigarros e de agências de publicidade. Neste caso, o seguinte trecho do discurso do Deputado Federal Daso Coimbra¹⁹⁰ parece esclarecer como isso é possível:

Como funciona o “*lobby*” no Congresso? Funciona da seguinte forma: uma determinada organização que não quer que um projeto passe consegue insinuar, junto à secretária ou funcionário que faz a distribuição dos processos, a distribuição do projeto que não quer ver aprovado a um deputado que pouco comparece à Câmara dos Deputados; a um senador que pouco comparece; ou então que não gostam de dar pareceres. (...) Desta maneira, projetos que foram apresentados (...) tramitam durante aquele período legislativo de 4 anos, e não conseguindo ser aprovado em todas as comissões técnicas, são arquivados. E dessa forma, dificilmente chega a plenário um projeto referente ao combate ao fumo. Eles morrem nas comissões (...) especialmente quando chega o fim dos trabalhos legislativos. E através do artigo 120 do Regimento Interno, são arquivados porque findou uma legislatura e o projeto não conseguiu ter pareceres em todas as comissões técnicas para as quais foi distribuído.

Diante disso, portanto, é possível concluir que, até meados da década de 1980, o órgão de representação máxima da saúde pública brasileira (leia-se, Ministério da Saúde) ausentou-se substancialmente do cumprimento das responsabilidades assumidas pelo país junto à OMS, especialmente na ocasião da 33ª AMS (1980), com assinatura da resolução WHA33.35. Destarte, o documento

¹⁸⁷ MIRRA & ROSEMBERG, 2005.

¹⁸⁸ Apesar de sua breve existência, a Comissão para Estudos das Consequências do Fumo ainda participou da reunião realizada no Plenário da Comissão de Saúde da Câmara Federal, em junho de 1982, marco importante para o envolvimento do Congresso Nacional na temática do controle do tabagismo. Além da Comissão, participaram da reunião a Sociedade Americana de Câncer, a União Internacional Contra o Câncer, e a Oficina Pan-americana de Saúde.

¹⁸⁹ GONÇALVES, 2009, p. 182.

¹⁹⁰ ANAIS DO SEMINÁRIO FUMO OU SAÚDE (Curitiba, Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social, 1982) apud GONÇALVES, 2009, p. 182.

em questão incitava os Estados-membros da organização “a fortalecer e iniciar, onde faltassem, estratégias de controle do tabagismo” (destacadas em resoluções prévias), dedicando ênfase especial aos enfoques educativos, particularmente no que tange aos jovens, e também às medidas para proibir, restringir, ou então limitar a propaganda de produtos derivados do tabaco¹⁹¹.

Todavia, esta aparente negligência teve fim em 1985, quando o Ministério da Saúde assumiu oficialmente um compromisso com a luta antitabagista, criando, assim, o Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil (GACT)¹⁹². No caso, sua primeira medida de destaque foi a aprovação do Projeto de Lei n. 7.488 no ano de 1986, instituindo o dia 29 de agosto como o “Dia Nacional de Combate ao Fumo” – que prevê, para a semana que antecede a data, uma ampla campanha educativa no intuito de divulgar os riscos do tabagismo¹⁹³. Ao ser aprovado, este projeto se tornou a primeira lei federal para regulamentação do tabagismo.

Quadro 5. Legislação Federal de Regulamentação do Tabaco (1986-2004)

Ano	Legislação Federal	Medida
1986	Lei nº 7.488	Cria o Dia Nacional de Combate ao Fumo. No caso, dia 29 de agosto, em todo o território nacional.
1988	Portaria Interministerial nº 3.257	Recomenda medidas restritivas ao fumo nos ambientes de trabalho.
	Constituição da República Federativa do Brasil	Determina a sujeição da publicidade do tabaco à implementação de restrições legais e advertências sobre os malefícios do tabagismo.
1990	Lei nº 8.069	Proíbe vender, fornecer ou entregar, à criança ou ao adolescente, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica.

¹⁹¹ WHO, 1980. WHA33.35 *WHO's programme on smoking and health*.

¹⁹² O grupo era composto por Lourival Baptista; Antônio Pedro Mirra; Edmundo Blundi; Geniberto Paiva Campos; Germano Gerhardt Filho; Guaracy da Silva Freitas; Jayme Santos Neves; José Rosemberg; Luiz Carlos Romero; Maria Goretti Pereira Fonseca; Mario Rigatto; Paulo Roberto Guimarães Moreira; Pedro Calheiros Bonfim; Regina Celi Nogueira; Roberto Azambuja; Thomas Szego; Vera Luíza da Costa e Silva; e Vitor Manuel Martinez.

¹⁹³ Este projeto de lei foi apresentado ao Congresso Nacional pelo Deputado Ítalo Conti, no dia 20 de agosto de 1980.

1996	Lei nº 9.294	Proíbe o uso de cigarros ou de qualquer outro produto fumígeno derivado do tabaco em recinto coletivo privado ou público, tais como, repartições públicas, hospitais, salas de aula, bibliotecas, ambientes de trabalho, teatros e cinemas. Permite o tabagismo em fumódromos.
1999	Lei nº 9.782	Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), responsável pela regulamentação, controle e fiscalização dos cigarros e quaisquer outros produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco.
2000	Lei nº 10.167	Altera a Lei n.º9.294/96. Proíbe o uso de produtos fumígenos derivados do tabaco em aeronaves e demais veículos de transporte coletivo. Restringe a publicidade de produtos derivados do tabaco à afixação de pôsteres, painéis e cartazes na parte interna dos locais de venda, proibindo-a, consequentemente, em revistas, jornais, rádio, televisão e outdoors. Proíbe a propaganda por meio eletrônico, inclusive Internet, a propaganda indireta contratada, também denominada <i>merchandising</i> e a propaganda em estádios, pistas, palcos ou locais similares. Proíbe o patrocínio de eventos esportivos nacionais e culturais.
2001	Medida Provisória n.º2.190-34	Altera a Lei n.º9.294/96. Determina que o material de propaganda e as embalagens de produtos fumígenos derivados do tabaco, exceto as destinadas à exportação, contenham advertências acompanhadas de imagens que ilustrem o seu sentido.
2004	Portaria do Ministério da Saúde n.º1.035	Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS.

Ainda em 1986, o Ministério da Saúde deu outro passo importante em direção à institucionalização do controle do tabaco no país, criando o Programa Nacional de Combate ao Fumo – que, em 1989, se transformou no Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), de responsabilidade do Instituto Nacional de Câncer (INCA). De modo geral, costuma-se associar a diminuição na prevalência do tabagismo no Brasil aos resultados deste programa: se a partir da

década de 1970 houve uma aceleração vertiginosa do consumo de tabaco (25 milhões de fumantes na década em questão; 33 milhões na seguinte), entre 1989 e 2006 a proporção de fumantes da população brasileira caiu de 34% para 16%¹⁹⁴.

4.2.1.

A internalização da norma internacional de controle do tabaco

Acima, vimos como a evolução da norma internacional de controle do tabaco tem efeitos constitutivos no contexto doméstico brasileiro. No capítulo 2, por seu turno, conhecemos o argumento de Jeffrey Checkel de que a difusão das normas internacionais é mais provável quando existe “correspondência cultural” entre estas e o contexto doméstico em questão¹⁹⁵. Nesta perspectiva, portanto, a correspondência cultural existiria quando as normas internacionais estão em consonância com as normas domésticas construídas historicamente, como refletido no discurso, no sistema legal (constituição, leis e códigos judiciais), e nas agências burocráticas (ethos organizacional e procedimentos administrativos).

Assim sendo, ao se levar em consideração que a correspondência cultural pode sofrer variações de uma área temática para outra, é possível argumentar que, no geral, a estrutura de saúde pública brasileira não apresentava barreiras normativas ao que podemos chamar de aquiescência à norma internacional de controle do tabaco. No caso, Checkel¹⁹⁶ ainda argumentava que as normas internacionais apenas produziram os efeitos constitutivos previstos pelos construtivistas, caso elas conquistassem proeminência no âmbito doméstico – ou seja, se elas lograssem modificar os entendimentos, interesses e preferências de determinados agentes domésticos (indivíduos ou grupos). Com isso, portanto, tal proeminência seria conquistada a partir do momento em que as prescrições contidas nas normas se tornassem foco de debate ou atenção política doméstica, com o envolvimento da elite tomadora de decisões e de outros atores sociais.

Além disso, no capítulo 2 vimos que o conceito de estruturas domésticas abrange três dimensões: as instituições políticas do Estado; as instituições sociais;

¹⁹⁴ Fato que comprovaria a tendência de crescimento do consumo do tabaco em países de média e baixa renda, para onde a indústria do tabaco redirecionou seus esforços de produção e marketing após a emergência da norma de controle do tabaco em países de alta renda. Ver COSTA E SILVA & ROMERO, 2011.

¹⁹⁵ Ver CHECKEL, 1999.

¹⁹⁶ Ibidem, p. 87-90.

e as redes políticas através das quais ambas se vinculam. No caso, as instituições políticas do Estado podem ser analisadas a partir de diferentes aspectos, tais como: (a) o grau de centralização e fragmentação (quanto ao grau de autonomia do Executivo, por exemplo); (b) em que medida elas podem ser consideradas “fortes” ou “fracas”, dependendo do processo de formação e articulação das demandas da sociedade civil. As redes políticas, por seu turno, tanto vinculam o Estado e a sociedade, como regulam os processos de formação de coalizões.

Nessa direção, Checkel¹⁹⁷ identificou quatro tipos de estruturas domésticas (quais sejam a liberal, a corporativista, a estatista, e Estado acima da sociedade) de modo que era de se esperar que a estrutura estatista fosse aquela que melhor representasse o Estado brasileiro. No caso, portanto, o aprendizado das elites (tomadora de decisões) teria um papel muito mais dominante no processo através do qual a norma internacional de controle do tabaco impactou na agenda política doméstica brasileira em primeira instância. De acordo a perspectiva deste autor, na estrutura estatista tanto a penetração social do Estado quanto a organização dos interesses sociais são mais fracas do que nas estruturas liberal e corporativista, de maneira que a probabilidade de que a pressão social “de baixo” garanta proeminência às normas é pouco considerada.

Dessa forma, cabe destacar que Checkel não problematiza a possibilidade de, através diferentes áreas temáticas, haver algum tipo de variação no impacto doméstico de normas internacionais. Admitindo esta possibilidade, Cortell e Davis¹⁹⁸, por exemplo, argumentam que os próprios componentes da estrutura doméstica (organização das instituições políticas do Estado e padrão das relações Estado-sociedade) podem variar através áreas distintas, como a Saúde Pública, assim como com o tempo. Segundo estes autores, portanto, a estrutura as autoridades responsáveis pela tomada de decisão costuma variar dentro de um contínuo – de descentralizado para centralizado, dependendo do número de agências burocráticas, ministérios, ou “braços” do aparato estatal que possuem autoridade em um determinado assunto.

Ainda, no que se refere ao padrão das relações Estado-sociedade, Cortell e Davis¹⁹⁹ acreditam que este abrange os arranjos institucionais que garantem o

¹⁹⁷ Ibidem, p. 90.

¹⁹⁸ CORTELL & DAVIS, 1996, p. 453-455.

¹⁹⁹ Ibidem, p. 455.

acesso e participação da sociedade na formulação das diferentes políticas públicas, de modo, portanto, que este também variaria em um contínuo: no caso, ou as relações Estado-sociedade são consideradas fracas quando os atores sociais são excluídos da formação de políticas; ou as relações Estado-sociedade são consideradas fortes quando estes atores são incorporados aos procedimentos administrativos, regulatórios, possuindo acesso ao processo de elaboração de políticas. Portanto, esta perspectiva parece sugerir que a escolha da estrutura doméstica como variável para explicar o comportamento estatal com relação às normas internacionais, precisa ser feita com cautela, de modo a não conferir rigidez à análise, excluindo o aspecto político da questão²⁰⁰.

Assim, diante do que foi exposto até então neste capítulo, verificamos que o primeiro sinal do impacto doméstico brasileiro da norma internacional de controle de tabaco corresponde a sua incorporação nos discursos de atores políticos domésticos, especialmente os atores sociais, capazes de demandar por mudanças na agenda estatal para o problema. Ao conquistar proeminência no contexto brasileiro, a norma internacional de controle do tabaco adquiriu ainda mais influência na organização de atores sociais engajados na pressão por mudanças. Neste caso, precedendo em quase uma década o processo de criação da CQCT, os impactos brasileiros da norma internacional de controle do tabaco garantiram que, na década de 1990, fosse criado um grupo de trabalho governamental dedicado à formulação de opções políticas coerentes, levando-se em consideração os preceitos para o controle do tabaco avançados internacionalmente. Ao final da década de 1980, a conjuntura política e institucional brasileira ainda contribuiu fortemente para as mudanças de rumo da Saúde Pública no país e, conseqüentemente, das políticas para controle do tabaco. No caso, estas mudanças coincidiram com o processo político mais amplo de redemocratização, e refletiram, principalmente, os valores avançados pelo “movimento sanitário” do final dos anos 1960, organizado por profissionais da saúde, burocratas, intelectuais, e organizações da sociedade civil, com base em duras críticas ao sistema de saúde estabelecido pelo regime autoritário²⁰¹.

²⁰⁰ Cf. GOUREVITCH, 1978; CORTELL & DAVIS, 2000.

²⁰¹ Caracterizado por um alto grau de centralidade, hierarquização, e fragmentação, o sistema de saúde instituído pelo regime autoritário previa que as políticas de prevenção e tratamento fossem elaboradas e implementadas independentemente, de modo que apenas os

Com efeito, André de Mello e Souza²⁰² esclarece que:

O movimento sanitaria exigia uma reforma radical no sistema de saúde brasileiro. Em particular, o movimento defendia a unificação e descentralização deste sistema, bem como sua democratização através do envolvimento da sociedade civil na elaboração e implementação das políticas de saúde. Em concordância com o princípio orientador da integralidade, ele também propunha a integração dos esforços para prevenção e tratamento. Principalmente, o movimento abraçava a concepção de saúde como um direito de cidadania e almejava assegurar a provisão de acesso universal, livre e igualitário aos serviços de saúde pública. Ele se beneficiou do entusiasmo para reconstruir os direitos e práticas de cidadania em um país que estava em transição de mais de vinte anos de ditadura, bem como do descrédito das políticas e instituições associadas ao regime anterior.

Ao abraçar os princípios avançados pelo movimento sanitaria, a Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 198, estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema de saúde integrado e financiado publicamente, baseado em três diretrizes: descentralização; assistência integral (englobando prevenção e tratamento); e participação da comunidade. Com a implementação do SUS, a operacionalização do PNCT tornou-se mais viável. Considerando a dimensão continental do Brasil; as grandes dificuldades geradas pelas diferenças regionais, envolvendo aspectos socioeconômicos e culturais; e o amplo alcance das estratégias da indústria do tabaco para expandir o consumo de seus produtos em todo o território nacional, um dos componentes operacionais fundamentais ao PNCT seria justamente a sua descentralização, seguindo a lógica do SUS²⁰³.

4.3. A ratificação brasileira da CQCT

De acordo com o artigo 84, inciso VIII, da Constituição Federal (CF/1988), é da competência exclusiva do Presidente da República do Brasil “celebrar tratados, convenções e atos internacionais, sujeitos a referendo do Congresso Nacional”. Ainda, de acordo com a CF/1988, o Poder Legislativo tem a responsabilidade de autorizar ou não a ratificação dos tratados, acordos e atos internacionais assinados pelo Poder Executivo – atribuição prevista pelo artigo 49, inciso I, que reconhece como competência exclusiva do Congresso Nacional

pacientes que pagassem seus débitos com a seguridade social eram elegíveis para receber tratamento médico.

²⁰² MELLO E SOUZA, 2006, p. 38-39.

²⁰³ CAVALCANTI, 2005, p. 288.

“resolver definitivamente sobre tratados, acordos ou atos internacionais que acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional”.

Diante disso, é possível verificar que, no regime constitucional de 1988, a participação do Legislativo em matéria de política externa se estrutura sobre a competência para a aprovação *ex post* de acordos internacionais assinados pelo Executivo²⁰⁴. Por conseguinte, levando-se em consideração que o processo de formulação de um acordo internacional nos moldes da CQCT é composto pelas etapas convencionais de negociação, assinatura, aprovação legislativa e ratificação (ou adesão), no caso brasileiro, a participação institucional do Legislativo se resumiu, portanto, à aprovação do tratado multilateral em questão²⁰⁵.

A CQCT foi adotada em 21 de maio de 2003. Findado o período estipulado para assinaturas, o acordo entrou em vigor no dia 27 de fevereiro de 2005, exatamente noventa dias após a quadragésima ratificação, conforme especificado no texto da Convenção. No caso, o Brasil foi o segundo país a assinar a CQCT, em 16 de junho de 2003, no primeiro dia em que o documento foi disponibilizado para assinaturas. Na sequência, tiveram início os procedimentos domésticos para a internalização do acordo internacional pelo Brasil. Como resultado, o processo da ratificação brasileira da CQCT teve início em 27 de agosto de 2003, quando seu texto passou a tramitar no Congresso Nacional. Nesta data, o texto da CQCT foi entregue à Câmara dos Deputados, através de Mensagem do Presidente da República, acompanhada da Exposição de Motivos dos Ministros das Relações Exteriores e da Saúde²⁰⁶.

²⁰⁴ Outro mecanismo de participação institucional do Congresso consiste na edição de leis contendo modificações ou inovações na ordem jurídica interna conforme a previsão de acordos internacionais – um item que, todavia, merece ser relativizado, visto que o atual regime constitucional confere ao presidente da República um significativo poder de agenda, ao reunir em suas mãos poderes de decreto e de urgência (artigos 62 e 64, §1º, da CF/88). Para uma discussão mais detalhada sobre a participação do congresso brasileiro em matéria de política externa, ver ALEXANDRE, Cristina Vieira Machado, 2006; FARES, Seme Taleb, 2005.

²⁰⁵ Neste ponto, cabe destacar a diferença entre as etapas de aprovação legislativa e de adesão ou ratificação de um acordo internacional – assim como a diferença entre a adesão e a ratificação, mais especificamente. Desta maneira, de acordo com o Direito Internacional Público, a ratificação é um ato próprio do chefe de Estado e corresponde à confirmação da intenção de participar de determinado acordo internacional previamente assinado. Quanto à adesão, esta ocorre quando o Estado manifesta seu propósito de aderir a determinado acordo já negociado sem a sua participação no processo. Assim sendo, no Brasil, ambos os casos (adesão ou ratificação) exigem prévia aprovação legislativa dos acordos internacionais.

²⁰⁶ Após as fases de negociação e assinatura de um acordo internacional, cabe ao Executivo decidir sobre dar prosseguimento ou não aos procedimentos domésticos para a sua internalização. De toda maneira, após assinados, os acordos internacionais são enviados ao arquivo do MRE – assim sendo, quando houver o interesse do Executivo em dar eficácia aos acordos celebrados em âmbito internacional, os procedimentos formais necessários para que isso ocorra ficam a cargo

A Câmara dos Deputados aprovou a proposição da CQCT em 13 de maio de 2004, em caráter de urgência. Uma vez aprovado na Câmara, o texto seguiu para o Senado Federal, e em 25 de maio de 2004, a matéria foi despachada para a Comissão de Relações Exteriores e Defesa Nacional (CRE-SF). A partir de então, teve início a contagem de prazo de cinco dias úteis para o recebimento de emendas, ao fim do qual a Comissão teria quinze dias úteis, prorrogáveis por igual período, para opinar sobre a matéria, com base em parecer preparado por um de seus integrantes²⁰⁷. Assim, findado este prazo, não foram apresentadas emendas ao projeto, e este foi então encaminhado para o Senador Fernando Bezerra (PTB-RN), nomeado relator da matéria pela CRE-SF. No dia 26 de agosto de 2004, a matéria foi devolvida pelo relator com comparecer favorável. A partir deste marco, portanto, teve início uma rodada de seis audiências públicas para exame e debate do texto da CQCT e sua possível ratificação, com a interação de diferentes grupos de interesse da sociedade.

Assim sendo, as duas primeiras audiências públicas ocorreram sob os auspícios da CRE-SF: no caso, a primeira foi realizada em Brasília, por solicitação do Senador Sérgio Zambiasi (PTB-RS), enquanto a segunda ocorreu na cidade de Santa Cruz do Sul (RS), por solicitação do Senador Pedro Simon (PMDB-RS). Após a realização da segunda audiência pública, o Senador Sérgio Guerra (PSDB-PE) solicitou que a matéria fosse enviada para a Comissão de Agricultura e Reforma Agrária do Senado Federal (CRA-SF), onde ocorreram mais quatro audiências públicas.

Após o recebimento da matéria pela CRA-SF, o Senador Heráclito Fortes (PFL-PI) foi designado como relator. Diante da aproximação do prazo estipulado pela OMS para que os países ratificassem a Convenção, e com isso pudessem participar da Primeira Conferência das Partes da CQCT²⁰⁸, o Senador Tião Viana

deste Ministério. No caso, portanto, tanto a preparação da Mensagem Presidencial ao Congresso Nacional quanto da Exposição de Motivos ocorre no MRE, passando pela divisão competente pela matéria; pela Divisão de Atos Internacionais (DAI); e pela Secretaria Geral.

²⁰⁷ Sobre este aspecto, Cristina Alexandre (2006, p. 64) chama atenção para o fato de que, diante da falta de regulamentação legal do processo de aprovação de tratados internacionais pelo Congresso, o Regulamento Interno do Senado Federal, no inciso III, do art. 376, prevê expressamente a possibilidade de apresentação de emendas pelos senadores ao projeto de decreto legislativo aprovado na Câmara dos Deputados, a despeito do entendimento do Executivo de que os parlamentares poderiam apenas aprovar ou recusar os tratados internacionais por inteiro.

²⁰⁸ A Conferência das Partes (COP) é o órgão que governa a CQCT, sendo responsável por examinar regularmente a sua implementação e tomar as decisões necessárias para promovê-la, podendo adotar protocolos, anexos e emendas ao texto.

(PT-AC) sugeriu um novo pedido de urgência, visto que o documento permanecia na CRA-SF. Uma vez que este pedido foi aprovado, o Senador Heráclito Fortes foi autorizado a relatar a matéria em nome das demais Comissões onde a matéria também deveria tramitar – no caso, da Comissão de Assuntos Sociais (CAS-SF).

Quadro 6. Panorama do processo de ratificação da CQCT pelo Brasil

Fato	Documento	Data
Assinatura da Convenção pelo Brasil		16/06/2003
Mensagem do Presidente da República Acompanhada de Exposição de Motivos	MSG 411/2003	28/08/2003
Aprovação do Projeto de Decreto Legislativo na Câmara dos Deputados Relator: Deputado Paulo Afonso – PMDB/SC	CD PDC 1281/2004	13/05/2004
Audiência Pública do Senado Federal em Brasília – DF		15/09/2004
Audiência Pública do Senado Federal em Santa Cruz do Sul – RS		06/12/2004
Audiência Pública da Câmara dos Deputados em Brasília – DF		08/12/2004
Audiência Pública do Senado Federal em Florianópolis – SC		26/08/2005
Audiência Pública do Senado Federal em Camaquã – RS		23/09/2005
Aprovação do Projeto de Decreto Legislativo no Senado Federal Relator: Senador Heráclito Fortes – PFL/PI	SF PDS 602/2004	27/10/2005
Publicação do Decreto Legislativo no Diário Oficial da União	SF DLG 1012/2005	28/10/2005
Ratificação e depósito do instrumento junto à ONU: o Brasil é o 100º país a ratificar a CQCT		03/11/2005

Fonte: SOGOCIO, 2008: 68.

4.3.1. Os atores governamentais

A possibilidade de ratificação da CQCT vinha acompanhada de consequências distributivas domésticas e, foi por esta razão, portanto, que ela mobilizou grupos de interesse favoráveis e também contrários ao processo – diretamente representando os possíveis “vencedores” e “perdedores” com a ratificação brasileira do acordo. Como resultado, durante a fase de aprovação legislativa da CQCT, o Congresso Nacional se tornou o “fórum” central do debate, onde diferentes grupos de interesse puderam mobilizar ou manifestar apoio e oposição. Nessa direção, as páginas que se seguem foram dedicadas à identificação dos diferentes atores envolvidos neste processo. Para efeito de organização do texto, no caso dos atores governamentais, em específico, seus nomes serão destacados em negrito. As demais categorias de atores, por seu turno, serão apresentadas em seções separadas. No entanto, antes de prosseguir, cabe ressaltar que esta identificação não pretende ser exaustiva; ela pretende apenas apresentar um panorama dos diferentes interesses envolvidos.

Assim, em agosto de 2003, a **Câmara dos Deputados** realizou um seminário internacional sobre o tema do controle do tabaco, ocasião em que recebeu oficialmente o texto da Convenção para sua apreciação. Em novembro deste mesmo ano, com a coordenação do Deputado Alexandre Cardoso (PSB-RJ), a “Frente Parlamentar de Combate ao Uso do Cigarro” foi criada. No caso, talvez devido à falta de proximidade com o período eleitoral, a tramitação da matéria na nesta instituição ocorreu em pouco mais de oito meses, onde foi aprovada por unanimidade. Diante disso, o **Senado Federal** testemunhou o período mais atribulado de toda a discussão sobre aprovação legislativa e ratificação da CQCT pelo Congresso Nacional. Nesse sentido, desde a aprovação do texto pela Câmara até sua aprovação no Senado, foram quase dezoito meses de debates. Neste caso, durante as audiências públicas promovidas pelo Senado Federal, a Câmara dos Deputados chegou até mesmo a ser acusada de aprovar a matéria em questão sem discutir suficientemente o tema.

No geral, o **Ministério das Relações Exteriores**, ficou responsável pela formulação da posição brasileira durante o processo de negociação da CQCT (com o apoio da CONIQ), mas, principalmente, desempenhou o papel

fundamental de endosso à implementação do acordo no âmbito doméstico. Por seu turno, o **Ministério da Saúde** – como órgão do Poder Executivo responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde – desempenhou um papel ativo e crucial para a ratificação brasileira da CQCT. O próprio êxito do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, comandado por este Ministério, foi um dos fatores determinantes para a liderança brasileira durante o processo de negociação do tratado no âmbito da OMS²⁰⁹. No caso, a maior parte das ações de mobilização interna entre diferentes setores do governo pelo apoio da aprovação legislativa da CQCT foi levada a cabo com o auxílio do Ministério da Saúde. Dentre as ações mencionadas, destacam-se, principalmente: a) a criação, em 1999, de uma Comissão Nacional²¹⁰ para subsidiar a participação brasileira nas negociações da CQCT; b) a criação da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONIQ), em 2003.

Sobre a Comissão Nacional para subsidiar a participação brasileira na negociação da CQCT²¹¹, cabe destacar que sua principal função seria assessorar o Presidente da República nas decisões relativas à formulação do posicionamento brasileiro durante as negociações internacionais de preparação da Convenção-Quadro e de seus possíveis protocolos adicionais. No caso, portanto, esta Comissão foi presidida pelo Ministro da Saúde e integrada por representantes dos seguintes órgãos: Ministérios das Relações Exteriores (MRE); da Fazenda; da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA); da Justiça; da Educação; do Trabalho e do Emprego; do Desenvolvimento Agrário (MDA); e de Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. O INCA, como órgão do Ministério da Saúde, atuou como Secretaria-Executiva desta Comissão. Além dos representantes mencionados acima, a Comissão também estava autorizada a

²⁰⁹ SOGOCIO, 2008.

²¹⁰ O nome completo é “Comissão Nacional para preparação da participação brasileira nas negociações internacionais com vistas à elaboração de uma Convenção-Quadro sobre controle do uso de tabaco e possíveis Protocolos Complementares”. Esta Comissão foi criada através do Decreto nº. 3.136 de 13 de agosto de 1999.

²¹¹ Também eram competências desta Comissão: 1) oferecer subsídios para a participação brasileira nas negociações e demais eventos internacionais relacionados ao acordo; 2) providenciar a elaboração de estudos a respeito dos principais tópicos daqueles assuntos de sua competência; 3) organizar reuniões periódicas entre seus integrantes com o objetivo de harmonizar posições entre os diferentes órgãos brasileiros envolvidos nesta matéria; 4) estabelecer um diálogo com instituições/entidades nacionais e internacionais, nos casos em que esta interação poderia gerar contribuições importantes para assuntos de sua alçada.

convidar representantes de outros órgãos da Administração Federal, Estadual e Municipal, bem como entidades não governamentais e especialistas cujas participações fossem consideradas necessárias.

Com o fim do processo de negociação da CQCT e posterior assinatura brasileira, a Comissão Nacional para subsidiar a participação brasileira no processo de negociação foi substituída pela Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ)²¹². Diferente da anterior, esta Comissão possui caráter executivo, não apenas consultivo, sendo ela presidida pelo Ministro da Saúde e integrada por representantes dos seguintes Ministérios: da Saúde (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Assessoria de Assuntos Internacionais e Instituto Nacional do Câncer); das Relações Exteriores; da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; do Desenvolvimento Agrário; da Fazenda; da Justiça; do Trabalho e Emprego; da Educação; do Meio Ambiente; de Ciência e Tecnologia; das Comunicações; do Planejamento, Orçamento e Gestão; da Indústria e Comércio Exterior. Além disso, também é integrada pela Casa Civil; Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. No caso, um destes setores governamentais fica responsável por elaborar agendas, em suas áreas, para o cumprimento das obrigações contidas na CQCT²¹³.

O **INCA**, por seu turno, ficou responsável pela Secretaria-Executiva da CONIQ, com as seguintes atribuições: 1) planejar e organizar reuniões periódicas de seus integrantes; 2) promover e facilitar o intercâmbio de informações entre as

²¹² O Decreto nº. 3.136, de 13 de agosto de 1999, foi revogado pelo Decreto de 1º de Agosto de 2003 que, por seu turno, instaurou a CONIQ.

²¹³ São competências desta Comissão: 1) assessorar o governo brasileiro nas decisões relativas à formulação das políticas nacionais para ratificação da CQCT e no efetivo cumprimento das obrigações nela previstas; 2) assessorar o governo brasileiro na negociação e na adoção de protocolos complementares, anexos e emendas à Convenção-Quadro, assim como em outros eventos a ela relacionados; 3) articular a organização e a implementação de agenda governamental intersetorial para o cumprimento das obrigações previstas na CQCT; 4) promover o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de estratégias, planos e programas, assim como políticas, legislações e outras medidas, para cumprimento das obrigações previstas na Convenção; 5) identificar, promover e facilitar a mobilização de recursos financeiros para o seu funcionamento, assim como respaldar o cumprimento das obrigações da CQCT; 6) promover estudos e pesquisas sobre temas relacionados a assuntos de interesse da Convenção-Quadro; 7) estabelecer diálogo com instituições e entidades nacionais e internacionais, cujos objetivos e atividades possam trazer contribuição relevante para as questões de sua competência; 8) requerer, quando apropriado, cooperação e informações de órgãos governamentais competentes e de outras organizações ou órgãos não governamentais, nacionais ou internacionais, bem como de especialistas em assuntos ligados as suas áreas de interesse; 9) considerar, quando apropriado, a adoção de outras ações necessárias ao alcance do objetivo da Convenção-Quadro.

organizações e/ou órgãos competentes no intuito de fortalecer a implementação nacional da Convenção-Quadro; 3) monitorar a implementação nacional das obrigações constantes da CQCT; 4) preparar relatórios regulares das atividades da Comissão Nacional e sobre a implementação do tratado no país²¹⁴.

A despeito da importância das duas Comissões descritas acima, cabe salientar que o espaço de deliberação por elas representado ainda é bastante restrito, tanto em termos de participação, quanto de acesso do conteúdo de suas reuniões. No que tange ao aspecto da participação, verifica-se que a designação de seus membros (titulares e suplentes) fica a cargo do Ministro da Saúde, com base na indicação de outros Ministros representados. Com relação ao aspecto de acesso ao conteúdo, cabe destacar que as atas das reuniões não podem ser divulgadas, de forma que seus resultados mais importantes apenas vêm a público com o auxílio do INCA, através de sua página oficial na Internet²¹⁵. Mesmo assim, uma vez que a Presidência de ambas as Comissões ficou a cargo do Ministério da Saúde, esta pôde intercambiar com outros Ministérios sua agenda para o controle do tabaco, a qual certamente não tinha autonomia para implementar²¹⁶.

Além da Presidência dessas Comissões, outra ação de destaque do Ministério da Saúde foi o lançamento, com o apoio do INCA, de algumas publicações para esclarecimento da população, e principalmente do Congresso Nacional, sobre a realidade e conteúdo da CQCT. Com estas publicações, o Ministério pretendia ampliar a rede de parcerias, de modo que se desenvolvesse um movimento de pressão social em apoio à aprovação do tratado e de medidas para a regulamentação do consumo de tabaco. Neste caso, portanto, é possível destacar duas destas publicações, quais sejam: “Porque aprovar a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco”, e “A Ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pelo Brasil: Mitos e Verdades”.

Em “Por que aprovar a CQCT?”, o Ministério da Saúde e o INCA buscaram esclarecer o conteúdo geral do tratado, bem como elencar e descrever, no formato de perguntas e respostas, algumas das razões que justificariam a importância da ratificação brasileira. Esta publicação procurou ressaltar a expectativa da comunidade internacional de que o Brasil fosse um dos primeiros países a ratificar

²¹⁴ BRASIL. Presidência da República. Decreto de 1º de Agosto de 2003.

²¹⁵ Ver SCHEIBLER, 2006, p. 70.

²¹⁶ SOGOCIO, 2008, p. 72.

a Convenção, tendo em vista o papel de liderança por ele exercido durante o processo de elaboração do texto, e pelo desenvolvimento efetivo de um programa nacional para o controle do tabagismo. Desse modo, o aspecto persuasivo e o posicionamento político desta publicação podem ser percebidos através da seguinte afirmação²¹⁷:

Sabemos que uma das grandes barreiras para que os países possam ratificar esse Tratado é o forte lobby da indústria do tabaco e de seus representantes. Mas, temos a certeza de que os nossos Deputados Federais, conscientes dos altos gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) com doenças causadas pelo tabaco e do elevado número de mortes acarretadas pelo seu consumo, tornarão rápida a aprovação da Convenção, mantendo assim a posição de destaque do Governo brasileiro no desenvolvimento de ações para o controle do tabagismo.

Além disso, o texto “Por que aprovar a CQCT?” estava preocupado em legitimar o papel das organizações não governamentais, que atuariam como grupos de pressão favoráveis à ratificação da CQCT. Para tanto, a publicação reconhece a importância destes atores no que tange ao domínio da informação, afirmando que o papel fundamental das ONGs é estabelecer uma rede de coalizão e de comunicação entre comunidades, em diversos projetos, no intuito de trocarem experiência técnica, e de forma a monitorar e expor os abusos cometidos pela indústria do tabaco – e em alguns casos, também pressionar os legisladores²¹⁸.

Já na publicação “A Ratificação da CQCT pelo Brasil: Mitos e Verdades”, por seu turno, o Ministério da Saúde procurou “desmistificar” a ideia alarmante de que esta possibilidade poderia representar um desastre econômico imediato para as regiões produtoras de fumo – no caso, esta ideia era largamente difundida entre os pequenos produtores de fumo, com forte apoio do “braço” brasileiro da indústria transnacional do tabaco. De acordo com o texto da publicação, a CQCT “colocou o controle do tabaco diante de todas as nações como uma questão ética e de responsabilidade social de seus governos para com seu povo”; por esta razão, portanto, o Ministério da Saúde manifestava lamentar o fato do Brasil, apesar de ter sido o segundo país a assinar a Convenção, ver a ratificação ser “obstruída pela indústria do tabaco com base em argumentos falsos e infundados”²¹⁹.

²¹⁷ BRASIL, 2004c, p. 2.

²¹⁸ Ibidem, p. 8.

²¹⁹ BRASIL, 2004b.

Portanto, diante do que foi exposto até então, é possível argumentar que quase todas as iniciativas governamentais para promoção da ratificação brasileira do tratado ou foram promovidas diretamente pelo Ministério da Saúde, ou pelo menos contaram com o seu apoio. Todavia, outros Ministérios cuja competência mais se aproxima da temática do controle do tabaco também estiveram envolvidos de forma direta neste processo. Assim, no caso, por exemplo, do **Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento**, cabe destacar que este, por sua vez, manteve um posicionamento hesitante no que tange ao apoio à ratificação²²⁰.

Em um momento adiante deste trabalho, dedicado à análise das audiências públicas do Senado Federal, será possível verificar que, assim como os atores que se opunham à CQCT, em algumas ocasiões este Ministério procurou protelar a discussão, mesmo que o discurso do então Ministro Roberto Rodrigues, bem como de seus representantes, fosse de total apoio à posição adotada pelo Ministério da Saúde. Quanto ao **Ministério do Desenvolvimento Agrário**, por seu turno, verifica-se que, durante todo o processo de aprovação legislativa da CQCT, este manteve a coerência na posição de apoio ao Ministério da Saúde.

Para Marcela Sogocio²²¹, portanto, o MDA pode ser considerado o parceiro governamental mais atuante, apoiando os Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores em seu posicionamento perante esta questão. Dessa forma, coube ao MDA executar uma saída conciliatória, que possibilitou a aprovação do texto. No caso, a alternativa foi a criação do Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco, lançado em novembro de 2005, mesmo mês da ratificação brasileira da CQCT.

4.3.2. Grupos de Interesse contrários à CQCT

O Brasil é o segundo maior produtor mundial de tabaco e, desde o ano de 1993, ocupa de maneira absoluta a condição de maior exportador deste produto²²². No caso, a transferência de investimentos por parte da indústria do tabaco para os países em desenvolvimento é ilustrada pelo caso da companhia Souza Cruz, a empresa líder absoluta no mercado brasileiro de cigarros, responsável por um

²²⁰ SOGOCIO, 2008, p. 79.

²²¹ Ibidem, p. 80.

²²² ANUÁRIO BRASILEIRO DO TABACO, 2010.

conjunto considerável de investimentos no país a partir da década de 1970. Esta empresa foi criada no Brasil em 1903, enquanto em 1914 ela se tornou subsidiária da *British American Tobacco* (BAT), ou seja, da maior empresa de cigarros no mundo. Assim sendo, já em 1918 a empresa estabelecia uma espécie de parceria com os produtores nacionais de fumo, a qual veio a ser conhecida mais tarde como o “Sistema Integrado de Produção de Fumo”, que basicamente consiste no comprometimento, por parte da empresa, com a compra da produção e o fornecimento de insumos e assistência técnica aos produtores. Em geral, esta relação coloca a empresa em uma posição vantajosa, visto que ela fica no controle das “regras do jogo”, incluindo desde a definição da qualidade e do padrão de produção, até a imposição do preço final do produto²²³.

Diante disso, portanto, é possível entender porque a oposição face à possibilidade da ratificação brasileira da CQCT veio a unir dois grupos de interesse específicos que, fora do contexto em questão, tradicionalmente mantêm relações de conflito: no caso, a indústria do tabaco e os produtores do tabaco. Como mencionado, na fase inicial da produção do fumo brasileiro, é estabelecido um contrato entre os pequenos agricultores e a indústria do tabaco, onde esta se compromete a fornecer assistência técnica durante todas as etapas do plantio, assim como prestar assistência financeira; coordenar e custear o transporte do fumo das propriedades até as unidades de compra; e garantir a aquisição total da produção, com preços negociados entre representantes dos agricultores e indústria. Além disso, as indústrias também se comprometem em repassar aos produtores os insumos certificados e autorizados para o plantio do fumo²²⁴. Mas, com muita frequência as partes do contrato discordam quanto aspectos relacionados ao cumprimento do que foi estabelecido, e principalmente com relação às condições de comercialização do produto e aos preços praticados.

Destarte, tanto no caso da tramitação da CQCT no Congresso Nacional, como de discussões e negociações que envolvam questões cujos impactos se estendem ao setor fumageiro nacional, verifica-se que os pequenos produtores de tabaco são tradicionalmente representados pela Associação dos Fumicultores do Brasil (AFUBRA); pelas Federações de Trabalhadores dos três estados da Região Sul (a FETAG, do Rio Grande do Sul; a FETAESC, de Santa Catarina; e a

²²³ Ver BOEIRA, 2002.

²²⁴ SCHEIBLER, 2006, p. 95.

FETAEP, do Paraná); e também pelas Federações da Agricultura dos estados mencionados (a FARSUL, do Rio Grande do Sul; a FAESC, de Santa Catarina; e a FAEP, do Paraná). Dentre as entidades mencionadas, a AFUBRA (fundada em 1963) pode ser considerada a mais representativa. No que tange à representação da indústria do tabaco, duas entidades se destacam: a Associação Brasileira da Indústria do Fumo (ABIFUMO), que reúne tanto as indústrias beneficiadoras das folhas de fumo quanto os fabricantes de cigarros; e o Sindicato das Indústrias do Fumo (SINDIFUMO).

4.3.3. Grupos de Interesse favoráveis à CQCT

As organizações não governamentais favoráveis à ratificação da CQCT tiveram expressiva participação junto aos setores governamentais, merecendo destaque a atuação da Aliança de Controle do Tabagismo (ACT) – antes conhecida como Rede Tabaco Zero. No caso, esta entidade é composta por organizações da sociedade civil, associações médicas, comunidades científicas, ativistas e pessoas comprometidas com a redução da epidemia tabagista²²⁵. Em especial, destaca-se o ativismo da Diretora Executiva desta entidade, Paula Johns, a quem coube a tarefa de representar a entidade durante as audiências públicas referentes à ratificação da CQCT no Senado Federal²²⁶.

Por seu turno, contrapondo-se à maciça oposição de setores ligados à economia nacional do tabaco, inclusive aqueles de representação dos fumicultores, a Federação Nacional da Agricultura Familiar da Região Sul (FETRAF-SUL) exerceu um importante papel como a voz dissidente que exerceu a complexa função de mobilizar apoio à ratificação da CQCT junto aos pequenos produtores de fumo, especialmente na ocasião as audiências públicas²²⁷. Fundada em 2001, a FETRAF-SUL vincula-se à Central Única dos Trabalhadores (CUT), congregando noventa e três sindicatos de trabalhadores da agricultura familiar, em duzentos e oitenta e oito municípios da Região Sul do país. Em suas próprias

²²⁵ Informações disponíveis no site oficial da ACT: <<http://actbr.org.br/institucional/>>.

²²⁶ Um momento da atuação estratégica da ACT durante o processo de aprovação legislativa da CQCT merece ser mencionado: a realização da campanha “Dando Nome aos Bois”, pela qual a ACT e algumas Sociedades de Oncologia e Pneumologia divulgaram através dos meios de comunicação os nomes de 24 Senadores (entre 81) que apoiavam a Convenção, afirmando que “a maioria do Senado virava as costas para a saúde pública”. Ver SOGOCIO, 2008, p. 74.

²²⁷ Ver SOGOCIO, 2008.

palavras, trata-se de uma entidade que se diferencia das demais organizações, “articulando a luta política de forma integrada com a organização econômica/social (visão global), construindo caminhos e alternativas concretas para os agricultores e agricultoras familiares”²²⁸.

4.3.4.

As audiências públicas e a aprovação legislativa da CQCT

A primeira audiência pública da fase de aprovação legislativa da CQCT foi realizada pela CRE-SF, no dia 15 de setembro de 2004, em Brasília, sob a Presidência dos Senadores Eduardo Suplicy (PT-SP) e Pedro Simon (PMDB-RS), contando com a presença de outros oito senadores. Tanto o objetivo desta reunião, quanto das seguintes, fica então explícito na primeira página de sua ata²²⁹:

Esta reunião destina-se à Audiência Pública com objetivo da oitiva das autoridades e profissionais da saúde e dos representantes da cadeia produtiva do fumo no sentido de conceder a oportunidade de se manifestarem acerca do impacto para os setores do Projeto de Decreto Legislativo (SF) nº 602, de 2004, que aprova o texto da Convenção-Quadro sobre o controle do uso do tabaco, assinado pelo Brasil em 16 de junho de 2003, que tramita nesta Comissão, bem como para o esclarecimento do assunto e orientação aos Senhores Senadores Membros desta Comissão sobre as implicações políticas, econômicas e sociais do projeto supracitado, objeto dos Requerimentos nº 26 e nº 27, de 2004/CRE, aprovados em 26 de agosto de 2004.

Analisando o conteúdo geral das seis audiências públicas realizadas pelo Senado Federal, identifica-se um padrão de manifestações de apoio e oposição ao tratado. Em todas as ocasiões, os argumentos debatidos foram basicamente os mesmos. Assim, o que mudou foram as cidades de realização das audiências, e a participação de atores político-sociais (e respectivos representantes). Diante disso, seria possível dividir os argumentos apresentados durante as audiências em categorias, favoráveis ou contra a aprovação legislativa e ratificação da CQCT.

Neste caso, portanto, a importância socioeconômica da produção nacional de tabaco (especialmente para o Sul do país, região onde esta atividade se concentra) pode ser apontada como o principal argumento utilizado pelos grupos que se opuseram à ratificação da CQCT. Para embasar este argumento, foram amplamente divulgados os números da produção de tabaco: a quantidade de famílias produtoras; a renda gerada por unidade de área; as pessoas ocupadas na

²²⁸ Informações disponíveis no site oficial da Federação: <<http://www.fetrafsul.org.br/>>

atividade (empregos diretos e indiretos); geração de impostos; dentre outros. Para ilustrar o padrão destas manifestações, pode-se destacar a fala do presidente da FARSUL, na ocasião da 1ª Audiência Pública²³⁰:

Não há dúvida de que, após as apresentações das diversas instituições aqui presentes, estará o Senado com uma informação muito rica, muito preciosa em torno desse tema, que sem dúvida envolverá a Região Sul, onde 884 mil toneladas de fumo são produzidas, uma economia que representa R\$20,491 bilhões. Trata-se de dados importantes, representando o envolvimento direto de 900 mil pessoas; 40 mil empregos diretos vinculados à produção; 1,64 milhão de pessoas envolvidas indiretamente.

Paralelamente ao argumento baseado em números, os representantes dos grupos opositores avançavam o argumento de que a ratificação da CQCT ocasionaria um imediato desastre econômico (com base, no entanto, na difusão da ideia equivocada de que o tratado proibia o cultivo do tabaco), e que ela desencadearia ainda outros problemas, como o incremento do comércio ilegal, por exemplo. Para ilustrar as maneiras como estes argumentos foram apresentados, destaca-se a fala do representante do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, durante a realização da 2ª Audiência Pública (CRE-SF)²³¹:

Estamos reunidos aqui para disparar uma sirene de alarme e afirmar que não se pode simplesmente desestabilizar as economias gaúcha, catarinense, paranaense, alagoana, baiana, para mencionar apenas os maiores produtores. Não podemos aceitar mais essa agressão à Nação e à autonomia dos Estados.

Ainda, as manifestações nesse sentido também podem ser ilustradas pela fala do representante da Federação Nacional dos Trabalhadores da Indústria do Fumo e Afins (FENTIFUMO), na ocasião da 3ª Audiência Pública (CRA-SF)²³²:

A aprovação da Convenção-Quadro não fará com que o fumante deixe de fumar. Muito pelo contrário. Ela abrirá, cada vez mais, caminho para o contrabando e o comércio ilegal de um produto sem controle sanitário, sem recolhimento de tributos e, assim, contribuirá, cada vez mais, para o aumento da corrupção em nosso país. Concordamos com a advertência de nossa legislação referente ao uso do fumo, mas não podemos perder nossa atividade para outros países, os quais serão privilegiados se aderirmos à ratificação.

²²⁹ BRASIL, 2004d.

²³⁰ BRASIL, 2004d.

²³¹ BRASIL, 2004e.

²³² BRASIL, 2005a.

No entanto, cabe salientar que grande parte das manifestações de representantes dos grupos contrários à CQCT na ocasião das audiências foi composta por opiniões estritamente pessoais, as quais, aos serem repetidas inúmeras vezes, encontravam ressonância entre o público que acompanhavam as audiências, tanto presencialmente (produtores do tabaco, em sua maioria), quanto através da cobertura televisiva. Com efeito, o próprio aplauso da plateia reforçava o apelo que estas manifestações possuíam, de forma que argumentos como “fuma quem quer”, ou de que outros problemas de saúde pública (como o alcoolismo, por exemplo) justificariam a irrelevância do controle do tabaco. Dentre outras manifestações que também ilustram estes aspectos, destaca-se a fala do representante da FENTIFUMO, na ocasião da 5ª Audiência Pública (CRA-SF)²³³:

Lá fora, muitos estão fumando e muitos estão bebendo bebida alcoólica. Os que estão bebendo neste momento estão causando acidentes; estão causando brigas e assassinatos; estão perturbando a ordem pública; estão “dando” em seus filhos, destruindo lares, coisa que o fumo não faz. (...) Portanto, pergunto: por que só quanto ao fumo e não quanto à bebida alcoólica?

Dessa forma, o conteúdo “inflamado” que algumas destas manifestações contrárias apresentavam chegou a contribuir para a interrupção, por parte do público, de alguns atores favoráveis à internalização do tratado. Nesse sentido, é possível reafirmar que predominaram manifestações equivocadas, superficiais e/ou extremamente apelativas sobre o assunto, tanto nas audiências públicas, quanto na cobertura deste processo pela mídia. Por esta razão, portanto, os atores que apoiavam a CQCT, especialmente os representantes do Poder Executivo, concentraram as suas ações no sentido de esclarecer o real conteúdo de seu texto, destacando seus objetivos. Com o objetivo de ilustrar a adoção desta postura, os parágrafos que se seguem dedicam-se à apresentação de quatro manifestações em específico. Neste caso, a primeira manifestação a ser apontada foi feita pelo então Ministro da Saúde, Dr. Humberto Costa, durante a 1ª Audiência Pública²³⁴:

Procura-se vender a idéia de que o objetivo de erradicar a produção do tabaco seria o eixo principal da Convenção. Não é isso. O eixo é que possamos proteger as gerações futuras das consequências do consumo do tabaco, e ao mesmo tempo reduzir o consumo e a exposição à fumaça do tabaco.

²³³ BRASIL, 2005c.

²³⁴ BRASIL, 2004d.

A segunda manifestação, por seu turno, foi feita por um representante do MDA, durante a 5ª Audiência Pública²³⁵:

Senhoras e Senhores; é muito importante que fique claro. Chegando à Camaquã, assim como em outras ocasiões, em outras audiências, percebemos a quantidade de material com manipulações, com distorções, criando verdadeiro clima de terror, como se o cultivo do fumo estivesse a ponto de ser proibido no Brasil. A Convenção Quadro não estabelece isso em momento algum. Por isso, estamos muito tranqüilos em dizer a vocês que é muito importante fazer essa ratificação.

Ainda, a terceira manifestação foi feita por representante do MAPA, também na ocasião da 5ª Audiência Pública:

A proposta da Convenção-Quadro não é de eliminar realmente a lavoura de fumo, não é de acabar com os fumicultores, que se assim fosse o nosso Ministro da Agricultura não assinaria embaixo. A proposta da Convenção-Quadro, na verdade, é de juntar esforços no sentido de melhorar as condições de saúde da população urbana e da população rural. Esta é a proposta. E dentro dessa proposta, estamos discutindo, acho que a posição tomada pelo Congresso é extremamente salutar, de que se ouça a sociedade, para que possamos avançar ainda mais.

Finalmente, a quarta manifestação foi feita por Tânia Cavalcanti, representante da CONIQ, na ocasião da 4ª Audiência Pública (CRA-SF)²³⁶:

Eu gostaria que todos lessem com atenção os artigos 4,17 e 26 da Convenção. Desafio qualquer um aqui a mostrar onde está dito aqui na Convenção que vai ser proibido plantar fumo ou que a Convenção vai erradicar o fumo. Os senhores encontrarão alternativas e proteção, não ameaças.

Além do esforço em esclarecer as reais obrigações contidas na CQCT, as manifestações dos atores favoráveis ao processo evidenciar a adoção de medidas para o controle do tabaco por diversos países, buscando associar um aspecto de conformidade à posição governamental para a questão. Na ocasião da 1ª Audiência Pública, por exemplo, o Ministro da Saúde, Dr. Humberto Costa, manifestou o seguinte²³⁷:

Medidas relacionadas à redução da demanda: várias delas já compõem a legislação brasileira. É importante dizer, Senador Eduardo Suplicy e Parlamentares presentes, que a grande maioria dos aspectos que compõem a Convenção-Quadro do Controle do Tabaco já existem na legislação brasileira; fazem parte da nossa legislação e de ações que o Governo vem desenvolvendo, medidas relacionadas a preços e impostos. (...) Ora, na verdade, nós estaremos ratificando aquilo que nós já estamos

²³⁵ BRASIL, 2005c.

²³⁶ BRASIL, 2005b.

²³⁷ BRASIL, 2004d.

praticando há muito tempo. Portanto, de onde vem essa postura de disseminar um verdadeiro terrorismo na sociedade brasileira quanto às repercussões que a implantação e a ratificação da Convenção-Quadro irão trazer ao nosso País? Esse temor é absolutamente infundado.

Nesta mesma audiência, o Ministro da Saúde também fez outras importantes intervenções, tanto no intuito de esclarecer a conjuntura internacional em que se insere a perspectiva de ratificação brasileira da CQCT, quanto de chamar a atenção para as implicações da não ratificação. No caso, estes objetivos ficam evidentes na seleção dos seguintes trechos de sua manifestação:

A implantação da Convenção-Quadro, com todos esses aspectos que nós listamos, vai levar, necessariamente, a uma redução do consumo de tabaco no mundo. As medidas que a China – hoje, o maior consumidor de tabaco internacional – começa a adotar vão reduzir, significativamente, o consumo do tabaco no mundo, o que significa que esse é um mercado em processo de diminuição. Ainda que hoje haja uma expansão e, até 2010, as previsões são de que possa haver uma expansão, a médio e longo prazo, esse é um mercado em retração. (...) quais são as consequências de não assinarmos a Convenção? Quais são os desdobramentos? (...) Ora, se o Brasil não ratificar, ele não fará parte da elaboração desses protocolos. Não vamos ter acesso, inclusive, à assistência técnica e financeira em um momento em que a nossa cultura vier a ser substituída decorrente da redução do consumo do mercado nacional e internacional, para que possamos fazer isso de forma a beneficiar a nossa população que hoje se dedica a essa atividade. (...) Vamos lembrar quais as implicações de não ratificarmos a Convenção: o Brasil ficaria de fora das negociações dos protocolos da Convenção e, assim, das discussões sobre alternativas de apoio técnico e financeiro. Perdem principalmente os produtores rurais. A imagem do Brasil fica dúbia ao liderar o controle do tabagismo, mas ceder à pressão das grandes transnacionais de tabaco.

Como mencionado anteriormente tanto a polarização quanto a repetição dos argumentos apresentados nas audiências públicas, fizeram com que, em conjunto, os debates foram bastante semelhantes. Diante da estagnação do conteúdo debatido pelas audiências, o Ministério da Casa Civil se viu obrigado a desempenhar um papel conciliatório que, por seu turno, se mostrou decisivo. Neste caso, é possível identificar o tom conciliatório da atuação da Casa Civil nas manifestações do Assessor da Subchefia de Análise e Acompanhamento de Políticas Governamentais da Casa Civil, o Sr. Érico Leonardo Ribas Feltrin, especialmente durante as duas últimas audiências. Assim sendo, na ocasião da 5ª Audiência Pública, Érico Feltrin²³⁸ manifestou o seguinte:

²³⁸ BRASIL, 2005d

[...] eu gostaria de deixar bem claro, desde o princípio, que o Governo Federal não encaminharia esse tratado ao Congresso se houvesse qualquer possibilidade de prejuízo para os senhores agricultores, principalmente nesse setor que sabemos ser formado predominantemente de agricultores familiares. Mas percebo que é muito fácil os senhores estarem angustiados e tensos com a situação, porque, hoje mesmo, pela manhã, em um jornal de grande circulação, havia uma nota em que se dizia que esse tratado implicava a erradicação das culturas do fumo.

Já na ocasião da 6ª Audiência Pública, Érico Feltrin²³⁹ acrescentou:

[...] é com muita tranquilidade que eu lhes falo que o Governo não está defendendo aqui a proibição do plantio, o direito dos senhores de produzirem. Mas, alertamos que deverá ocorrer uma redução do consumo. Isso quer dizer que, se não houver comprador, os senhores deverão diversificar a atividade, deverão procurar renda com outras coisas, complementá-la, talvez não toda. Talvez 90% da produção de fumo seja garantida, mas alguma coisa necessitará ser diversificada.

Assim sendo, dentre os esforços da Casa Civil para encontrar esta saída conciliatória, destaca-se à apresentação do Aviso nº 1.151/2005 ao Senado Federal, composto pela assinatura de seis Ministros de Estado, com a proposta de adoção de uma Cláusula Interpretativa para a CQCT, a ser depositada pelo Brasil junto à ONU na ocasião da ratificação do tratado. De modo geral, a redação da cláusula destaca a origem e conteúdo do tratado; enfatiza que a redução da demanda mundial de tabaco deverá ocorrer mesmo sem a ratificação brasileira; reconhece os benefícios previstos pela cooperação técnica e financeira internacional na busca de alternativas economicamente viáveis diante a possível diminuição da produção de tabaco; e finalmente, esclarece que as medidas previstas no texto da Convenção não implicam em nenhuma obrigação implícita aos países membros no sentido de impedir políticas nacionais de apoio à produção, tampouco restringir a produção nacional de tabaco²⁴⁰.

Diante de tudo que foi exposto até então, cabe destacar que, por fim, o texto da CQCT foi aprovado de maneira unânime pelo Senado Federal. Nessa direção, ao refletir sobre a passagem desta matéria pelo Congresso Nacional, cabe resgatar as conclusões a que Helen Milner chegou, conforme apresentado no segundo capítulo. Como visto, portanto, a partir do conceito de poliarquia, a autora identifica três atores centrais à política doméstica: o executivo (presidente, primeiro ministro, ou ministros de governo), o legislativo e os grupos de interesse

²³⁹ BRASIL, 2005e.

²⁴⁰ Aviso nº 1.151/2005, p. 3-4.

da sociedade. Neste caso, a estrutura das preferências domésticas varia de acordo com os interesses destes atores – e de uma *issue area* para outra²⁴¹.

Assim, nesta perspectiva os atores são tomados como unitários e racionais, cujos interesses fundamentais praticamente não mudam; e cujas preferências remetem às políticas que maximizam estes interesses. A reeleição é apontada como o interesse primordial dos atores políticos (executivo e legislativo); quanto aos atores sociais, seu interesse seria a concretização ou maximização de seus objetivos. Nessa direção, os atores políticos compartilham interesses comuns, mas, no entanto, suas preferências costumam variar, visto que o executivo se preocupa com círculos eleitorais nacionais (ou *national constituencies*, em inglês), enquanto os legisladores se preocupam com distritos locais²⁴². Ainda, enquanto as preferências dos atores políticos se articulam em função dos cálculos eleitorais, as preferências dos grupos de interesse dependem das consequências distributivas domésticas de decisões e acordos políticos.

Desse modo, os grupos de interesse funcionam como grupos de pressão, cuja habilidade tanto em contribuir com fundos de campanha, quanto de mobilizar eleitores, impactam diretamente nas preferências do executivo e legislativo – no caso, estes grupos informam os atores políticos, especialmente no caso dos legisladores, que embora possuam suas próprias preferências, frequentemente não compreendem os desdobramentos de determinadas decisões. Com efeito, ao analisar o processo de aprovação legislativa da CQCT à luz do quadro analítico de Milner; e levando-se em consideração a discussão mais ampla sobre a internalização da norma internacional de controle do tabaco, é possível se ter uma ideia de como que a socialização da norma é capaz de impactar sobre os cálculos custo-benefício dos atores, especialmente em contextos de tomada de decisão, constrangendo-os a incluir em seus cálculos tanto o comportamento quanto as expectativas de outros atores. Através disso, a norma internacional de controle do tabaco segue conquistando adesão através das diferentes estruturas domésticas, em um movimento fragmentado, porém global.

²⁴¹ Ibidem, p. 16-17. Grifo do autor.

²⁴² Ibidem, p. 33-37.