

A POLÍTICA DE CONTROLE DE TABACO NO BRASIL estratégias discursivas

Renata Cristina Arthou Pereira¹

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
renata.pereira@inca.gov.br

Elizabeth Artmann²

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz
bethartmann@gmail.com

Resumo

Neste trabalho propomos um método de análise dos discursos elaborados por representantes de instituições governamentais e não governamentais que apoiam avanços na legislação e regulação sanitária brasileira em consonância com a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial de Saúde (CQCT/OMS), assim como os argumentos contrários, que muitas vezes representam os interesses da indústria do tabaco. Utilizando o referencial habermasiano propomos abordar os diferentes discursos representados por diversos atores para analisar os tipos de argumentação intersubjetiva que expressam discursos teóricos e práticos ancorados no conceito tríptico de mundo de Habermas (objetivo, normativo e subjetivo) e como são costurados pela razão comunicativa para proposições de políticas públicas. O trabalho de Habermas tem sido apropriado de forma crescente na área da Saúde Coletiva e demonstra potencial explicativo para iluminar os problemas teóricos e práticos que desafiam a formulação de políticas, o planejamento e a gestão em saúde.

Palavras-chave: Política Pública de Saúde. Indústria do Tabaco. Agir comunicativo.

THE TOBACCO CONTROL POLICY IN BRAZIL discursive strategies

Abstract

In this article we present a method of analyzing speeches prepared by representatives of governmental and non-governmental institutions that support advances in Brazilian health legislation and regulation in line with the World Health Organization Framework Convention for Tobacco Control (FCTC/WHO), as well as opposing arguments, which often represent the interests of the tobacco industry. Using the Habermasian framework, we propose to approach the different discourses represented by different actors to analyze the types of intersubjective arguments that express theoretical and practical discourses anchored in Habermas' triple concept of the world (objective, normative and subjective) and how they are stitched together by communicative reason for propositions of public policies. Habermas' work has been increasingly appropriated in Public Health and demonstrates explanatory potential to illuminate theoretical and practical problems that challenge policy formulation, planning and management in health.

Keywords: Public Health Policy. Tobacco Industry. Communicative action

1 Mestre em Ciências da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ. Especialista, nos moldes de residência em saúde da família, pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ. Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ). Trabalha na área de controle do tabagismo no Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS), onde também já atuou na área de planejamento. Tem experiência nas seguintes áreas: Atenção Primária à Saúde, Saúde Coletiva, Planejamento e Gestão, Controle do Tabaco.

2 Possui mestrado em Saúde Pública pela ENSP/Fundação Oswaldo Cruz (1993) e doutorado em Saúde Coletiva pela UNICAMP, Campinas (2002). É pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Política, Planejamento e Gestão em Saúde, atuando principalmente nas seguintes linhas de pesquisa/áreas temáticas: gestão hospitalar, planejamento estratégico e prospectiva em saúde, análise cultural organizacional; regionalização e descentralização em saúde, humanização, paradigma linguístico e saúde. É docente permanente no Programas de Pós-graduação em Saúde Pública da ENSP e no PPGSMC do IFF/Fiocruz e orientador de mestrado e doutorado.



Esta obra está licenciada sob uma licença

Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0).

1 INTRODUÇÃO

A incorporação de conceitos provenientes do trabalho de Habermas para a área da saúde tem sido crescente, apresentando propostas de análise para fenômenos importantes desde a formulação de políticas, planejamento e gestão até o cuidado em saúde. (RIVERA,1995; ARTMANN, 2001; PEDUZZI, 2001; LIMA, 2009; MULLER NETO, 2012; PEREIRA, 2013)

Caracterizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma pandemia, o tabagismo é uma doença causada pela dependência em nicotina, obtida por meio dos produtos do tabaco e geralmente iniciada antes dos 18 anos. (PAHO, 2022). Considerado a maior causa evitável isolada de adoecimento e mortes precoces em todo mundo (DROPE et al, 2018), é responsável por mais de 8 milhões de óbitos de pessoas por ano, sendo 1,3 milhões resultados de não-fumantes expostos ao fumo passivo (WHO, 2023). No Brasil estima-se 162 mil mortes/ano por doenças tabaco-relacionadas. (INCA, 2022)

Para o enfrentamento desse grave problema de saúde pública global em 2003, a 56ª Assembleia Mundial de Saúde (AMS), aprovou a organização do primeiro tratado internacional de saúde da OMS: a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (WHO, 2009).

O Brasil, por já ter adotado, durante a década de 1990, normas antitabagistas abrangentes e ter constituído uma expertise nacional em controle do tabaco com reconhecimento e influência internacional, coordenou o processo de elaboração da Convenção-Quadro da OMS durante os anos de 1999 e 2003 (INCA, 2022a).

Em 2005, a adesão do Brasil à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) foi formalmente ratificada pelo Senado Federal. Desde então, a implementação das medidas da CQCT/OMS passou a ser a Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT), uma política de Estado que tem obtido resultados positivos na queda da prevalência de fumantes (INCA, 2015).

Observa-se que essa política se baseia num pacote de medidas comprovadamente eficazes para alcance da redução da demanda e oferta de produtos de tabaco. Desta forma, tem objetivos instrumentais a serem alcançados, pois é uma atividade que busca êxito na obtenção de determinado resultado.

No entanto, a dimensão teleológica, está ancorada, pelas interações sociais entre os atores envolvidos mediadas pela intersubjetividade e estabelecida pela linguagem. Tanto que existe o reconhecimento de que, em grande parte, o êxito das ações antitabagistas no país se relaciona à construção de uma rede bem articulada constituída por grupos sociais distintos

trabalhando ativamente de forma conjunta para atingir objetivos compartilhados (Teixeira *et.al*, 2022).

Com intuito de trazer luz a aspectos da implementação da Política Nacional de Controle de Tabaco no Brasil, por meio de conceitos habermasianos provenientes da Teoria do Agir Comunicativo, elaboramos este artigo. Entende-se a importância da atividade comunicativa e o papel da linguagem na condução de consensos fundamentais para o enfrentamento dos problemas de saúde pública.

2 DESENVOLVIMENTO

2.2 CONVENÇÃO-QUADRO PARA CONTROLE DO TABACO COMO UMA ATIVIDADE COMUNICATIVA: CONSTRUÇÃO DE CONSENSO PARA ENFRENTAMENTO DE UM GRAVE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Na Assembleia Mundial da Saúde, em 1978, os Estados-membros expressavam preocupação com o aumento alarmante da produção e do consumo de cigarros, especialmente nos países em desenvolvimento, nos quais anteriormente não era disseminado, bem como na extensa campanha promocional de venda de cigarros através dos meios de comunicação de massa e com a associação desses produtos com eventos culturais e esportivos, induzindo os jovens a fumar (WHO, 1978).

Os esforços anteriores para conter a epidemia do tabaco revelaram-se ineficazes, os países isolados não conseguiam controlar o aumento do uso de tabaco, apesar de todo conhecimento científico acumulado sobre os malefícios do uso desses produtos, assim como a própria condição de doença crônica ligada à dependência à nicotina (WHO, 2009, Cavalcante 2005).

Essa ameaça estava sendo potencializada por estratégias de grandes companhias transnacionais de tabaco para se inserirem em economias de países subdesenvolvidos, bem como por desafios transfronteiriços, tais como a propaganda e o marketing de caráter universal, o comércio pela internet e o mercado ilegal de produtos de tabaco (INCA, 2015).

Esse cenário expõe a complexidade do problema e que era necessário ampliar os esforços para um modelo de ação, não apenas focado no indivíduo e nas questões de saúde, mas que incluísse as variáveis socioeconômicas e políticas concernentes à produção e consumo desses produtos.

Assim como, demonstrou a importância de se constituir uma ampla cooperação internacional para interferir de forma eficaz nos determinantes transnacionais que contribuíram para tornar o tabagismo uma pandemia (WHO, 2009).

A necessidade da constituição do tratado de saúde pública de controle ao tabaco emerge a partir do diagnóstico coletivo de que o problema a ser enfrentado era multifacetado, transdisciplinar e as propostas de intervenção também deveriam se dar nesse nível.

Ao elaborar recomendações universais sobre o controle do tabaco, os atores precisam entrar em consenso, por meio da interação e mediados pela linguagem na acepção habermasiana da Teoria da Ação Comunicativa (HABERMAS, 2012), para além do binômio emissor-receptor, a fim de legitimar a validade dos argumentos e garantir a coordenação cooperativa dos planos de ação.

O paradigma comunicativo, se refere à relação intersubjetiva onde os sujeitos que falam e atuam no mundo, buscando o entendimento entre si sobre algo. Ao fazer isso, os atores ao comunicarem-se, movem-se por meio de uma linguagem natural, valendo-se de interpretações culturalmente transmitidas, armazenadas no mundo da vida e, referem-se simultaneamente a um *mundo* objetivo, o qual se refere ao mundo físico ou estados de coisas existentes; um *mundo social*, relacionado às normas sociais e culturais sob quais agimos e a um *mundo subjetivo* que se refere ao mundo interno dos indivíduos. (ARTMANN, 2001; HABERMAS, 2012).

No enfoque intersubjetivo habermasiano a linguagem assume o papel de articuladora da ação em geral e de todas as formas de saber ligadas à atuação sobre o mundo considerado em seu conceito tríplice e em relação a categoria mundo da vida. Tal categoria, representada pela cultura e pela razão comunicativa, está dialeticamente ligada à categoria sistema mediado pelo poder e pelo dinheiro, representado pela razão técnica, instrumental (Artmann, 2001).

Outra concepção importante é a da racionalidade da ação caracterizada por quatro tipos de ação: *Estratégica*, que corresponde a uma forma de conhecimento e intervenção sobre estados de coisas do mundo objetivo; *Normativa*, do mundo social, *Expressiva*, do mundo subjetivo e *Comunicativa*, capaz de integrar os três mundos (MULLER NETO, ARTMANN, 2012).

Apenas a ação comunicativa é capaz de se referir aos três mundos concomitantemente. A dialética entre ação comunicativa (fluída) *versus* discurso (argumentação) na busca pelo consenso é criadora de integração social e solidariedade.

Considerando os argumentos utilizados na prática discursiva que culminaram na elaboração do tratado de saúde pública para o controle do tabaco e as categorias da teoria da ação comunicativa: mundo da vida e sistema, temos a seguinte correlação relacionada ao **mundo objetivo**: evidências científicas que comprovam a relação entre tabagismo e o desenvolvimento de doenças, o qual é considerado fator de risco para cerca de 50 doenças dentre: cânceres, doenças do aparelho respiratório e cardiovasculares, contabilizado milhões de mortes no mundo tabaco relacionadas (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2004).

Referem-se ao **mundo social ou normativo** o fato de o tabaco ser uma droga não proibida é socialmente aceita, bem como, a recomendação da Convenção-Quadro de cada país buscar esforços para criar leis e normas a fim de implementar medidas de restrição da demanda e oferta de tabaco, a fim de legitimar na sociedade o que foi descoberto pela ciência. E ao **mundo subjetivo** observa-se a escolha de iniciar a fumar e suas repercussões para o indivíduo que em contato com a nicotina tem experiência de prazer e recompensa (BRASIL,2022).

Podemos considerar que questões relacionadas a um mundo da vida compartilhado entre os agentes sociais que se debruçaram na elaboração do tratado e que serviu como pano de fundo comum para tarefas interpretativas em situações de interação. Embora a premissa de que "há um conflito fundamental e irreconciliável entre os interesses da indústria do tabaco e os interesses da saúde pública." Artigo 5.3 da CQCT (INCA, 2016, p. 6), na concepção habermasiana tudo é tematizável e este conflito também foi alvo de conversações.

A indústria do tabaco, detentora de dinheiro e poder, fabrica e promove um produto que é cientificamente comprovado como causador de dependência química, que causa doença e morte, e que dá origem a uma variedade de problemas sociais, incluindo o agravo à pobreza, conforme o declara o princípio 1 do Artigo 5.3 da CQCT (INCA, 2016). Além disso, após documentos internos de grandes transnacionais de tabaco serem tornados públicos devido a litígio nos EUA, foi descoberto o uso de práticas desleais e fraudulentas para estimular a iniciação do tabagismo, assim como impedir a adoção de medidas de redução do tabagismo nos países (WHO, 2008, 2012).

Já se passaram 20 anos desde a adoção da Convenção-Quadro da OMS sobre Controle do Tabaco que tem como objetivo expresso no seu artigo 3o. "proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco" (INCA, 2015). Com a participação de 182 países comprometidos, em todo mundo, com a implementação de suas medidas, a Convenção-

Quadro tem contribuído para diminuição da prevalência de fumantes que em 2000, abrangia cerca de um terço (32,7%) da população mundial. Em 2020, esta taxa diminuiu para menos de um quarto (22,3%) da população global que chega a 1,3 bilhões de pessoas (WHO, 2021).

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO (PNCT)

As ações antitabagistas no país remontam desde a década de 60, por meio de iniciativas de órgãos governamentais, sociedades médicas, especialistas e organizações do terceiro setor que demonstram a necessidade urgente de alertar a população sobre os males provocados pelo uso do tabaco e a necessidade de se criar um programa nacional de controle do tabaco. Tais feitos deram base para atuação coordenada a nível federal pelo governo que vai sendo constituída durante a década de 80 até que com o advento do Sistema Único de Saúde, é criado o Programa Nacional de Controle do Tabaco (1989), desenvolvido pelo Ministério da Saúde por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2012; TEIXEIRA, 2022).

Desta forma, o país, mesmo antes de se tornar signatário da Convenção-Quadro, já havia adotado normas antitabagistas na legislação nacional importantes como a lei de federal de 1996 que restringiu a propaganda de cigarros nos meios de comunicação e o estabelecimento de campanhas de educação em saúde (BRASIL, 1996).

Com a publicação do Decreto lei no. 5658, a partir de 2006 a CQCT/OMS passa a ser a Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT), um compromisso do Estado brasileiro.

No entanto, observa-se que esse processo de ratificação do tratado no país não foi simples. Ao contrário, foi alvo de forte oposição, relacionada principalmente ao prejuízo econômico que a implementação das medidas do tratado poderia causar à economia do país, diante da suposta relação causa e efeito abrupto: diminuição da exportação de folhas de tabaco e perda de empregos, o que impactaria também na qualidade de vida da população (RANGEL, 2017).

Neste período houve a propagação de argumentos contrários por parte de associação e sindicatos dos trabalhadores da cadeia produtiva do tabaco: agricultores que plantam fumo, bem como parlamentares provenientes das regiões produtoras de fumo no Brasil (INCA, 2015).

O país é um grande produtor de tabaco no mundo há décadas (FAOSTAT, 2020), exportando a maior parte da sua produção. Concentrada principalmente no Sul do país, mas também presente em alguns municípios da Região Nordeste, a produção de folha do tabaco fomenta a economia dos municípios que plantam fumo. Esta atividade econômica de longa data

tem gerado uma forte cultura de produção ao redor do tabaco. Essa cultura é bastante complexa, e dela participam desde famílias e comunidades de agricultores que plantam fumo, até executivos de empresas transnacionais, passando por uma extensa rede de influência criada pelas empresas (BUAINAIN *et al.*, 2009).

Esse cenário levou o governo com apoio de entidades médicas e sociedade civil a realizar audiências públicas nas regiões produtoras de fumo no país, com objetivo de explicar sobre os principais objetivos da CQCT e suas diretrizes, desmistificando alguns argumentos, como por exemplo que o tratado proibia o país de cultivar tabaco (Rangel, 2017).

Durante os debates nas audiências públicas, foram apresentados argumentos favoráveis, defendidos principalmente pelo setor saúde, relacionados aos benefícios para aumento da qualidade de vida da população, também da previsibilidade no artigo 17 do tratado de implementação pelos governos de alternativas economicamente viáveis para os trabalhadores, os cultivadores e, eventualmente, os varejistas de pequeno porte que seriam afetados a longo prazo pela redução do consumo dos produtos de tabaco (RANGEL, 2017).

Também foram expostos os argumentos contrários como não haver tido tempo suficiente para o debate, entre outros já mencionados relacionados à hipotética supressão da atividade econômica do cultivo e suas consequências para famílias agricultores e municípios produtores. Assim como, questionavam a restrição da liberdade do cidadão por conta das medidas cerceadoras ao consumo do tabaco (RANGEL, 2017).

Nesses debates houve ampla mobilização dos agricultores que participaram das audiências. No entanto, algumas entidades representativas desses trabalhadores figuraram como interlocutores dos interesses da indústria do tabaco (INCA, 2004).

Em países produtores de folhas de tabaco, a indústria financia associação de trabalhadores da fumicultura para defender seus interesses, foi o que revelou documentos internos de grandes transnacionais de tabaco, tornados públicos devido a litígio nos EUA e que citavam o financiamento de algumas dessas organizações no Brasil. (INCA, 2004; WHO, 2008, 2012)

A ação comunicativa constitui-se quando os participantes aceitam as pretensões de validade que formam o consenso a partir da referência a um mundo da vida compartilhada que lhes garanta as pré-interpretações necessárias ao entendimento (RIVERA, 1995).

Verifica-se o discurso quando se interrompe a ação comunicativa fluida para um processo de argumentação crítica que resulta da reivindicação da legitimidade de uma determinada pretensão de validade. Tal condição ocorre quando um fragmento do mundo da

vida se torna problemático, uma questão a ser tematizada. Construído o novo consenso, este saber pode retornar ao mundo da vida (RIVERA, 1995).

O discurso resulta no resgate das pretensões de validade, existem as pretensões de verdade que se referem ao mundo objetivo; pretensões de correção normativa sobre o mundo social e pretensões de sinceridade relacionadas ao mundo subjetivo (RIVERA, 2015).

Observa-se a tematização do processo de ratificação da CQCT no país, por meio da construção de argumentos contrários e do entendimento de que o conteúdo de alguns proferimentos do discurso não se sustentavam como verdadeiros, legítimos e sinceros.

Foi construído um novo consenso que permitiu viabilizar a incorporação da Convenção-Quadro no país, a partir do reconhecimento de que era urgente criar um mecanismo governamental que pudesse propiciar alternativas economicamente viáveis aos agricultores produtores de tabaco. Desta forma, a ratificação do tratado foi vinculada a criação de um programa desenvolvido pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário denominado Programa nacional de diversificação em áreas cultivadas com o tabaco.

Transcorridos quase 18 anos da ratificação, o Brasil continua integrando o quadro dos países que mais produzem e exportam tabaco. O Programa de diversificação avançou na construção de uma metodologia baseado nos princípios do desenvolvimento sustentável, da segurança alimentar, da diversificação produtiva e da participação social. No entanto, por ter sido alvo, ao longo dos anos, de racionamento de recursos e descontinuidade não conseguiu atingir sua plenitude.

445

3 CONCLUSÃO

O desenvolvimento da Política Nacional de Controle de Tabaco ocorre a partir da execução de ações de caráter interdisciplinar e intersetorial, abrangendo a articulação das ações de diferentes Ministérios e das Secretarias Estaduais de Saúde, coordenadas pelo Ministério da Saúde com apoio da academia, sociedade médicas, organizações não governamentais que atuam para permitir o avanço na incorporação das medidas da Convenção-Quadro.

Para a coordenação das ações é importante o reconhecimento mútuo dos atores envolvidos da validade dos argumentos sobre dada situação, a fim de legitimar e garantir a eficácia das intervenções pactuadas, considerando critérios de validade relacionados à verdade-falsidade para o mundo objetivo/científico, critérios de correção para o contexto normativo e de veracidade/autenticidade para o mundo subjetivo dos atores. Nesse contexto de razão ampla

e interdisciplinar, o consenso necessário para promover ações de cooperação e colaboração ocorre por meio da ação comunicativa.

O trabalho abordou reflexões sobre a relevância do componente comunicativo para as práticas e políticas de saúde que mesmo tendo a ação teleológica/instrumental por meio do alcance de metas previamente estabelecidas, necessita da interação intersubjetiva para conjugar os planos de ação. Apesar de o Brasil ter tido um papel de destaque na construção de um consenso internacional de saúde pública (INCA, 2015), esse precisou ser legitimado internamente com outros atores sociais antes de se tornar uma política nacional.

As categorias teóricas da TAC desenvolvidas por Habermas (ação comunicativa e discurso; mundo da vida e sistema) aqui trabalhadas mostram seu potencial explicativo sobre a implementação da PNCT, constituindo-se em categorias analíticas valiosas na área da saúde, desde que contextualizadas em cada situação e que podem ser aprofundadas em novos estudos.

REFERÊNCIAS:

ARTMANN, Elizabeth. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001; v.6, n.1, p.183-195, 2001.

BRASIL. Lei no 9.294, de 15 de junho de 1996. **Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas**, nos termos do § 4o do art. 220 da Constituição Federal.

BRASIL. Portaria Conjunta nº 10, de 16 de abril de 2020. **Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo**. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-conjunta-n-10-de-16-de-abril-de-2020-253756566>> Acesso em: set.2023.

BUAINAIN, Antônio Marcio. et al. **Organização e funcionamento do mercado de tabaco no Sul do Brasil**. Campinas: Unicamp, 2009.

Disponível em: <<http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences/>> Acesso em: out.2023

Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/convencao-quadro-para-o-controle-do-tabaco-texto-oficial>>. Acesso em: 27 jan. 2022.

Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039322>> Acesso em: out.2023

DROPE, J. et al. **The Tobacco Atlas**. Sixth Edition. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies, 2018. Disponível em: <<https://untobaccocontrol.org/taxation/e-library/wp-content/uploads/2019/07/Tobacco-Atlas-2018.pdf>> Acesso em: set 2023.

FAOSTAT. Food and Agriculture Organization of the United Nations. 2020 Disponível em: <http://www.fao.org/faostat/en/#home>> Acesso em: set 2023.

HABERMAS, Jurgen. **Teoria do Agir Comunicativo**. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **A ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pelo Brasil: mitos e verdades**. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mitos_verdades.pdf. Acesso em: junho 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Observatório da Política Nacional de Controle do tabaco. **Mortalidade no Brasil**. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/mortalidade-no-brasil>> Acesso em: 25 de junho de 2023a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Observatório da Política Nacional de Controle do tabaco. **O que é a Convenção-Quadro para controle do Tabaco**. 2002a Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/convencao-quadro>> Acesso em: 25 de junho de 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **O controle do tabaco no Brasil: uma trajetória**. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Secretaria Executiva da Comissão Nacional para a Implementação da Convenção- Quadro para o Controle do Tabaco. **Diretrizes para implementação do artigo 5.3 da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o controle do tabaco**. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: texto oficial**. 2. reimpr. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

LIMA, Juliano de Carvalho, RIVERA, Francisco Javier. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. **Interface (Botucatu)**, v.13, n.31, p.329-42, 2009.

MULLER NETO, Júlio, ARTMANN, Elizabeth. Política, gestão e participação em saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas. **Ciênc Saúde Coletiva**, n.17, p.3407-16, 2012.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Resolutions of the 39th World Health Assembly of interest to the Regional Committee**. Washington, D.C. US: Pan American Health Organization, 1986. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/30360>. Acesso em: mar 2022.

PEDUZZI, Marina. Equipe Multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

PEREIRA, Renata Cristina; RIVERA, Francisco Javier, ARTMANN, Elizabeth. O Trabalho multiprofissional da Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n.45, p.32-40, abr./jun. 2013.

RANGEL, Erica Cavalcanti et al. O processo decisório de ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

RIVERA, Francisco Javier. Agir comunicativo e planejamento social; uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; NETO, Luiz Alves Araújo; TURCI, Silvana Rubano Barretto; FIGUEIREDO, Valeska Carvalho. **Luta contra o tabaco no Brasil: 40 anos de história**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2022. Disponível em: <https://ohs.coc.fiocruz.br/livro/luta-contr-o-tabaco-no-brasil-40-anos-de-historia/> Acesso em: jan 2023.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General**. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fact Sheet. Tobacco**. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>>. Acesso em: 24 fev. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Framework Convention on Tobacco Control FCTC/WHO. **Tobacco Industries Interference with Tobacco Control**. Geneva: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Framework Convention on Tobacco Control FCTC/WHO. **Guidelines Tobacco Industries Interference**. Geneva: World Health Organization, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Official records of the World Health Organization. Thirty first World Health Assembly**. Part 1: resolutions e decisions. Geneva: World Health Organization, 1978. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/86043/Official_record247_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: agosto 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Smoking 2000–2025**, fourth edition. Geneva: World Health Organization, 2021.