

29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA

69ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 25 a 29 de setembro de 2017

Tema 4.9 da agenda provisória

CSP29/11
27 de julho de 2017
Original: espanhol

ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA FORTALECER O CONTROLE DO TABAGISMO NA REGIÃO DAS AMÉRICAS 2018-2022

Introdução

1. O consumo de tabaco continua sendo um problema sério para a saúde pública. É o principal fator de risco passível de prevenção para os quatro principais grupos de doenças não transmissíveis (DNTs).¹ Em 2012, as DNT foram responsáveis por quase 80% do total de mortes na Região das Américas, 35% das quais foram prematuras (entre os 30 e 70 anos de idade) (1). Portanto, o controle do tabagismo é um fator chave para diminuir a mortalidade prematura devida a essas doenças.

2. A Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco (CQCT) (2) contém todas as medidas comprovadamente efetivas para diminuir a epidemia de tabagismo. No entanto, 12 anos depois de sua entrada em vigor, e apesar de 30 Estados Membros da Região serem Partes da Convenção², a implementação de suas medidas não tem sido uniforme e está em tendência descendente. Neste documento se propõe um guia de implementação para priorizar elementos chave da Convenção que permitam aos Estados Membros acelerarem sua implementação, a fim de que possam cumprir as metas previstas de redução do consumo de tabaco e redução da mortalidade prematura causada por DNTs.

Antecedentes

3. Esta Estratégia e plano de ação está em harmonia com os compromissos assumidos pelos Estados Partes da CQCT, bem como com a Declaração de Porto Espanha da Comunidade do Caribe (CARICOM) de 2007, a Declaração Política da reunião de alto nível da Assembleia Geral das Nações Unidas (2011), o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019, os Planos de Ação Mundial (2013-2020) e Regional (2013-2019)

¹ Doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, câncer e diabetes.

² https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4&chapter=9&clang=en

para a prevenção e controle das DNTs, e a Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável (3-8).

4. A Estratégia e plano de ação também está em consonância com vários instrumentos internacionais de direitos humanos, como o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Convenção sobre os Direitos da Criança e a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, os quais são citados expressamente na CQCT (9).

5. A estratégia e plano de ação também está articulada com as decisões adotadas pela Conferência das Partes do CMCT (COP), principalmente no que se refere à proteção das políticas de saúde pública de controle do tabaco; as questões relativas ao comércio e investimento, inclusive os acordos e recursos legais relacionados com a aplicação do Convênio; e as medidas para fortalecer a aplicação do Convênio mediante coordenação e cooperação (11,12, 13).

6. Não obstante as políticas de controle do tabaco estarem expressas nos compromissos e mandatos dos documentos supracitados, os Estados Membros tiveram dificuldades para avançar em sua implementação, e pediram apoio à Repartição Sanitária Pan-Americana para a capacitação com o intuito de aplicar as medidas de controle do tabaco independentemente de sua condição de Estado Parte da Convenção ou não (10, 14).

7. É fundamental fortalecer as políticas de controle do tabaco para que os Estados Membros possam alcançar as metas mundiais de redução da prevalência do consumo de tabaco e da redução da mortalidade prematura por DNTs (8, 15, 16).

Análise da situação

8. Segundo estimativas da OMS, a mortalidade atribuível ao consumo de tabaco na Região representa 16% dos óbitos por doenças cardiovasculares, 25% dos óbitos por câncer e mais da metade (52%) dos óbitos por doenças crônicas respiratórias. O tabaco, seja por seu consumo ou pela exposição ao fumo, mata quase 1 milhão de pessoas nas Américas a cada ano (17). Além disso, as doenças relacionadas com o tabaco e a mortalidade prematura geram uma pressão direta nos sistemas de saúde e nas economias dos países, principalmente naqueles de baixa e média renda (18).

9. Atualmente, há cerca de 127 milhões de fumantes na Região. A prevalência atual padronizada por idade de tabagismo em adultos (maiores de 15 anos) é de 17,1%, sendo maior nos homens (21,9%) do que nas mulheres (12,7%). No entanto, esta diferença por sexo é uma das menores dentre as regiões da OMS, com uma razão de 1,6 fumantes homens para cada fumante mulher. Isto indica uma feminização do consumo, que inclusive se acentua quando são analisados os dados de adolescentes dentre 13 e 15 anos; em alguns países, a prevalência do consumo é semelhante ou mesmo maior entre as

meninas do que entre os meninos. Nesta faixa etária, a prevalência de uso de qualquer tipo de produto derivado do tabaco oscila entre 1,9% no Canadá e 28,7% na Jamaica (19).

10. A CQCT contém todas as medidas necessárias para reduzir a epidemia de tabagismo. A implementação integral e completa dessas medidas deveria ser o objetivo de todos seus Estados Parte. A OMS, em seu Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis 2013-2020, tem priorizado quatro intervenções conhecidas como *best buys*, ou “melhores opções”, que estão incluídas na CQCT e são classificadas como intervenções de excelente relação custo-benefício e aplicabilidade, inclusive em contextos onde os recursos são limitados (6, 20). Estas medidas incluem os seguintes artigos da CQCT: Artigo 6 (aumento dos impostos sobre o tabaco); Artigo 8 (ambientes livre de fumaça de tabaco); Artigo 11 (grandes advertências gráficas nas embalagens de produtos de tabaco); e Artigo 13 (proibição da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco), e podem ser consideradas como um ponto de partida para a implementação integral da Convenção. Por sua vez, o fato de as quatro medidas exigirem leis para sua implementação faz com que os indicadores sejam fáceis de monitorar, e, de fato, já estão sendo coletados com frequência bienal para o Relatório da OMS sobre a epidemia mundial de tabagismo (21).

11. Desde a entrada em vigência da CQCT em âmbito internacional em 2005, o panorama do controle do tabaco na Região mudou significativamente; um número importante de países adotaram medidas legislativas e regulatórias em conformidade com os mandatos da Convenção. No entanto, como já foi mencionado anteriormente, os avanços obtidos são díspares, quer seja pelo tipo de medidas adotadas ou pelo número de países que as têm adotado. Além disso, nos últimos anos, o ritmo de adoção destas medidas diminuiu (Tabela 1).

Tabela 1. Resumo do status de implementação das “melhores opções” na Região das Américas, dezembro de 2016

Tipo de medida (Artigo da CQCT)	Total de países com implementação completa da medida ^a		Total
	Até 2012	2013 a 2016	
Cobrança de impostos acima da alíquota recomendada pela OMS* (Artigo 6)	1	0	1
Criação de ambientes completamente livres de fumaça de tabaco em todos os lugares públicos e de trabalho fechados, assim como no transporte público (Artigo 8) ^a	14	4	18

Tipo de medida (Artigo da CQCT)	Total de países com implementação completa da medida ^a		Total
	Até 2012	2013 a 2016	
Advertências de saúde enérgicas, grandes e gráficas nas embalagens dos produtos de tabaco (Artigo 11)	12	4	16
Proibição completa da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco (Artigo 13)	3	2	5

Obs.: * De modo que os impostos representem mais de 75% do preço final de venda do produto (22).

^a Refere-se exclusivamente a legislação em nível nacional ou subnacional que abranja pelo menos 90% da população do país.

Fonte: Dados da Referência (19) atualizados até dezembro de 2016 para os artigos 8, 11 e 13 pela equipe de controle do tabaco da OPAS.

12. Como mostra a Tabela 1, os avanços têm se concentrado principalmente na criação de ambientes completamente livre de fumaça de tabaco e na implementação de advertências de saúde nas embalagens dos produtos de tabaco, com avanço muito limitado em relação às outras duas medidas. Cabe esclarecer que, embora só um país cumpra a alíquota tributária recomendada pela OMS (22) (que estabelece que os impostos devem representar mais de 75% do preço de venda total do produto a varejo), 21 países aumentaram os impostos sobre o tabaco desde 2007 (data de início do monitoramento deste indicador); porém, esses aumentos foram sendo mínimos na maioria dos casos (só em sete países o aumento foi de mais de 10 pontos percentuais), e, portanto, o impacto esperado no preço e no consumo de tabaco foi muito baixo (23).

13. É preciso considerar alguns elementos que poderiam constituir a base dessa diferença na implementação das medidas. A norma relativa aos ambientes livre de fumaça de tabaco e da colocação de advertências nas embalagens é, em grande parte, competência exclusiva das autoridades de saúde. Além de serem respaldadas por evidências científicas contundentes – assim como as outras medidas da CQCT –, estas duas medidas em particular demonstraram sua solidez jurídica ao terem sido ratificadas por tribunais domésticos e internacionais face a litígios, geralmente instaurados pela indústria do tabaco. Por exemplo, na Guatemala e no Peru, onde foram apresentadas ações de inconstitucionalidade contra suas respectivas leis de ambientes livre de fumaça, os tribunais decidiram a favor do Estado. Mais recentemente, no Uruguai, o Centro Internacional de Arbitragem de Disputas Sobre Investimentos (CIADI) do Banco Mundial ratificou que as medidas sobre embalagem e rotulagem implementadas por esse país não violam os direitos comerciais (26). Outro elemento a destacar é que estas medidas são de muito baixo custo de implementação e, conforme indicam casos ocorridos na Região, têm sido aprovadas tanto por decreto do Poder Executivo como por leis emanadas do Legislativo (9).

14. No caso da proibição da publicidade, promoção e patrocínio, muitas vezes existe a preocupação entre os Estados Membros de que uma medida deste tipo possa ser inconstitucional. Alguns países da Região têm feito avaliações de seus princípios constitucionais e, na maioria dos casos, não encontraram limitação a uma proibição total. Caso tal limitação exista, a CQCT e as diretrizes para a implementação do Artigo 13 estabelecem que o país deverá implementar a regulamentação o mais restrita possível sem ferir seus princípios constitucionais (27, 28).

15. No que diz respeito às medidas relacionadas com o aumento de impostos, a definição da política não depende das autoridades de saúde. Além disso, em certos casos, as autoridades fiscais têm a percepção de que um aumento dos impostos gera necessariamente um aumento do comércio ilícito e outros problemas na economia. Porém, as evidências globais sugerem que não há uma correlação direta comprovada entre o nível de impostos e do nível de comércio ilícito (29). Além disso, em 2012, os Estados Parte da CQCT adotaram o Protocolo para eliminar o comércio ilícito de produtos de tabaco (30), um novo tratado internacional *in se* que está aberto para ratificação e que contava, em dezembro de 2016, com quatro Estados Parte de nossa Região (31).

16. É importante destacar que, além dos elementos considerados acima, os Estados Parte da CQCT manifestaram que o maior obstáculo para a implementação das medidas da Convenção é a interferência da indústria do tabaco (32).

17. Ao analisar o avanço nos países, observa-se que seis deles (Argentina, Brasil, Chile, Panamá, Suriname e Uruguai) aplicam três das quatro medidas consideradas como “melhores opções” no mais alto nível de implementação, de acordo com as definições da OMS (30), e outros 15 aplicam só um ou dois deles. No entanto, 15 países ainda não aplicam nenhuma das medidas em seu nível mais elevado, 11 dos quais são Estados Partes da CQCT (19). Os Artigos 8, 11 e 13 têm uma data-limite de implementação identificada na própria Convenção ou em suas diretrizes (cinco anos a partir da entrada em vigor da Convenção para os Estado Partes, no caso dos Artigos 8 e 13, e três anos no caso do Artigo 11). Para a maioria dos Estados Partes, este prazo já caducou (27, 34, 35).

18. Existe uma certa concentração geopolítica que demonstra que os países da América Latina, sobretudo os da América do Sul, têm conseguido mais avanços que os da zona do Caribe (CARICOM e Caribe hispânico). Por exemplo, dos seis países que já implementaram três das quatro medidas consideradas como “melhores opções”, cinco pertencem à América Latina (Argentina, Brasil, Colômbia, Panamá e Uruguai) e um à CARICOM (Suriname). Dos 15 países que ainda não implementaram nenhuma das medidas no mais alto nível de implementação, 10 pertencem à CARICOM. Os elementos que poderiam dar origem a estas diferenças incluem a existência de uma sociedade civil mais organizada, como ocorre nos países da América Latina; uma maior disponibilidade de pesquisa nacional e, conseqüentemente, de evidências nacionais para embasar as políticas; e melhores sistemas de vigilância e monitoramento do consumo de tabaco e da

implementação das políticas (19). Ademais, os países maiores e com economias mais fortes têm uma vantagem relativa no que diz respeito aos recursos humanos e financeiros.

19. Por último, um aspecto a levar em conta é que a simples existência de legislação por si só não assegura os efeitos esperados, já que esta deve ser acompanhada de mecanismos de cumprimento e fiscalização. Este ponto é difícil de avaliar, embora existam indícios de que represente um desafio para alguns países (36, 37).

Proposta: Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022

Princípios norteadores

20. A CQCT e suas diretrizes servem de base para a definição e implementação das políticas de controle do tabaco, e são fundamentais para alcançar a meta de redução da prevalência do consumo de tabaco em 30%. A OMS reconheceu quatro dos Artigos da CQCT como “melhores opções”, e os considera importantes para alcançar a meta de redução da mortalidade prematura por DNTs. A implementação desses artigos é relevante para todos os Estados Membros da Região, independentemente de serem ou não Estados Partes da Convenção.

21. O emprego das medidas contidas nesta Estratégia e plano de ação deveria ser realizado por meio de instrumentos jurídicos vinculantes, e não mediante acordos voluntários. Além da adoção de normas, é também importante verificar o nível de cumprimento das medidas, bem como investigar as causas de falta de aderência, se for o caso.

22. A definição de políticas fiscais em particular, e de políticas nacionais em geral, constitui um direito soberano dos Estados Membros, razão pela qual as linhas estratégicas de ação propostas neste documento serão aplicadas em âmbito nacional conforme procedam, dependendo do contexto de cada país.

Objetivo geral

23. O objetivo geral da presente Estratégia e plano de ação é acelerar a implementação da CQCT na Região, especialmente dos artigos que a OMS considera “melhores opções” para a prevenção e controle das DNTs, a fim de cumprir o indicador 2.1.2e (número de países que implementaram políticas, estratégias ou leis em linha com a CQCT) do resultado imediato 2.1.2 (países aptos a implementar intervenções com uma relação custo-benefício muito boa para reduzir os quatro fatores de risco modificáveis para as doenças não transmissíveis) do Plano de Programa e Orçamento 2018-2019 da OPAS. Isso contribuiria para alcançar a meta de impacto 5 (Melhorar a saúde da população adulta com ênfase em DNTs e nos fatores de risco) e o resultado intermediário 2.1 (Ampliação do acesso a intervenções para prevenir e controlar as doenças não transmissíveis e os seus fatores de risco) do Plano Estratégico 2014-2019. Do mesmo

modo, atingir-se-ia a meta mundial de redução de 30% do consumo de tabaco em pessoas maiores de 15 anos e contribuir-se-ia ao alcance das metas mundiais de redução da mortalidade prematura devida a DNTs em 25% até 2025 (OMS) e em um terço até 2030, como estabelece o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3.4 (6, 8).

Linhas estratégicas de ação

- 1) Implementação de medidas para o estabelecimento de ambientes completamente livres de fumaça de tabaco e para a adoção de medidas efetivas sobre a embalagem e rotulagem dos produtos de tabaco como prioridade para a Região.
- 2) Implementação da proibição da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco e adoção de medidas para reduzir o acesso ao mesmo.
- 3) Ratificação da CQCT e do Protocolo para eliminar o comércio ilícito de produtos de tabaco pelos Estados Membros que ainda não o fizeram.
- 4) Fortalecimento da capacidade dos Estados Membros em matéria de políticas de saúde pública para fazer frente às tentativas de interferência pela indústria do tabaco e por aqueles que defendem seus interesses.

Linha estratégica de ação 1: Implementação de medidas para o estabelecimento de ambientes completamente livres de fumaça de tabaco e para a adoção de medidas efetivas sobre a embalagem e rotulagem dos produtos de tabaco como prioridade para a Região

24. A exposição ao fumo de tabaco causa doença e morte. Por esta razão, proteger as pessoas desta exposição promove “o direito ao gozo do mais alto padrão de saúde que seja possível atingir”. Medidas eficazes incluem a proibição completa do ato de fumar e devem cobrir, pelo menos, todos os espaços públicos fechados, os espaços de trabalho fechados e o transporte público, podendo incluir outros espaços públicos semifechados ou abertos conforme a necessidade de cada país (34).

25. A colocação de advertências de saúde nas embalagens dos produtos de tabaco é fundamental para sensibilizar o público sobre os efeitos do consumo de tabaco na saúde. O Artigo 11 da CQCT e suas diretrizes indicam que as advertências devem cumprir certos requisitos que assegurem sua máxima visibilidade: devem cobrir 50% ou mais das principais superfícies da embalagem (em nenhum caso menos de 30%), e devem incluir imagens rotativas no idioma ou idiomas principais do país, entre outros aspectos. Além disso, o pacote não deve conter nenhum elemento que possa levar à falsa impressão de que um determinado produto de tabaco é menos nocivo que outros, como os termos *mild*, *light*, entre outros, e deve apresentar informação qualitativa sobre seus componentes e emissões. Os países mais avançados na Região, como por exemplo o Canadá e Uruguai, apresentam advertências de saúde que ocupam 75% e 80% das principais superfícies expostas das embalagens, respectivamente (19, 35).

26. Por fim, os Estados Membros poderiam considerar a adoção das embalagens padronizadas ou genéricas (38), como na Austrália, França, Irlanda e Reino Unido (39-42). A implementação de embalagens genéricas visa “restringir ou proibir o uso de logotipos, cores, imagens de marca ou informação promocional nas embalagens que não sejam o nome da marca e nome do produto, exibidos em uma cor e estilo de fonte padrão”, medida que não só aumenta a visibilidade das advertências de saúde, mas também diminui a atratividade do produto e elimina a possibilidade de usar o maço como um elemento de promoção (27, 35). Além disso, os Estados Membros podem considerar a implementação da apresentação única por marca, como no Uruguai (isto é, permite-se apenas uma apresentação para cada marca de produtos de tabaco), a fim de que não seja mantido o uso de variantes de marca para criar a ideia errônea de que uma variante é menos prejudicial que outra. Tendo em vista a tendência à feminização do consumo na Região, isto seria especialmente útil para evitar o uso de embalagens projetadas especificamente para atrair o público feminino.

Objetivo	Indicador	Linha de base (2016)	Meta (2022)
1.1 Adotar legislação sobre ambientes livre de fumaça de tabaco em toda a Região das Américas.	1.1.1 Número de países com norma de abrangência nacional que estabeleça ambientes 100% livres de fumaça de tabaco em todo local público, em todo local de trabalho fechado e no transporte público.	18	35
1.2 Incluir advertências sanitárias nas embalagens dos produtos de tabaco.	1.2.1 Número de países com advertências sanitárias gráficas nas embalagens de produtos de tabaco que atendam os critérios do Relatório da OMS sobre a epidemia de tabagismo.	16	35
	1.2.2 Número de países que adotaram uma política de embalagem padronizada e/ou apresentação única.	1	6

Fonte de informação sobre o indicador: Relatórios dos Estados Partes à Secretaria da CQCT que devem ser apresentados em 2018 e 2020; informação coletada para o Relatório da OMS sobre a epidemia mundial de tabagismo, 2017, 2019 e 2021.

Linha estratégica de ação 2: Implementação da proibição da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco e adoção de medidas para reduzir o acesso ao mesmo

27. Está amplamente documentado na literatura que a publicidade, a promoção e o patrocínio do tabaco contribuem para aumentar seu consumo, especialmente entre os jovens (43, 44, 45). Para que a proibição seja eficaz, esta deve ser integral e aplicar-se a todas as formas, diretas ou indiretas, de publicidade, promoção e patrocínio, inclusive transfronteiriças. Além disso, deve-se estender a todos os meios de difusão, todos os horários e todos os públicos. A proibição parcial não surte efeito ou surte efeito limitado (9, 27). A feminização do consumo na Região é parcialmente explicada pelo fato de que a

indústria concentra deliberadamente seus esforços de marketing nas mulheres; portanto, esta linha estratégica de ação será especialmente útil para proteger as mulheres e os jovens (46).

28. As embalagens dos produtos de tabaco também são reconhecidas como elementos que são utilizados para divulgar e promover tais produtos, e sua exibição nos pontos de venda constitui um elemento chave da promoção e estímulo ao consumo. Além disso, cria a impressão de que o consumo de tabaco é socialmente aceitável, especialmente quando esses produtos são expostos perto de guloseimas e outros artigos destinados às crianças, como ocorre com frequência (45). Por essa razão, as diretrizes para a aplicação do Artigo 13 da CQCT estabelecem que os Estados Partes considerem proibir a exibição de produtos de tabaco nos pontos de venda (27).

29. De acordo com as diretrizes para a aplicação do Artigo 6, um aumento de impostos eficaz se traduz em um aumento dos preços que reduz consideravelmente o consumo e constitui, a curto prazo, uma fonte importante de rendas; e, a longo prazo, uma redução dos custos derivados de doenças associadas ao consumo de tabaco. Além disso, como os grupos populacionais de baixa e média renda são mais sensíveis aos aumentos de impostos e preços, a redução do consumo e da prevalência são mais significantes nesses grupos do que na população de maior renda, o que implica uma redução das desigualdades em matéria de saúde e pobreza relacionadas com o tabaco (47, 48).

Objetivo	Indicador	Linha de base (2016)	Meta (2022)
2.1 Adotar a proibição total da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco.	2.1.1 Número de países que proíbem totalmente a publicidade, promoção e patrocínio do tabaco.	5	20
	2.1.2 Número de países que incluem em sua proibição da publicidade, promoção e patrocínio uma proibição da exibição do produto no ponto de venda.	4	19
2.2 Reduzir a acessibilidade dos produtos de tabaco mediante o aumento dos impostos sobre o consumo de tabaco.	2.2.1 Número de países nos quais os impostos totais representam 75% ou mais do preço final de venda a varejo, ou nos quais o aumento tem sido significativo o suficiente para promover uma mudança de categoria na classificação.*	2	10

Objetivo	Indicador	Linha de base (2016)	Meta (2022)
	2.2.2 Número de países que aumentaram seus impostos sobre o consumo de tabaco de tal forma a promover um aumento do índice de acessibilidade apresentado no Relatório da OMS de 2015 sobre a epidemia mundial do tabaco. *	0	20

Notas: * Porcentagem do PIB *per capita* necessária para comprar 100 maços de cigarros da marca mais vendida no país. *Conforme referência (33).

Fonte de informação sobre o indicador: Relatórios dos Estados Partes à Secretaria da CQCT que devem ser apresentados em 2018 e 2020; informação coletada para o Relatório da OMS sobre a epidemia mundial de tabagismo, 2017, 2019 e 2021.

Linha estratégica de ação 3: Ratificação da CQCT e do Protocolo para eliminar o comércio ilícito de produtos de tabaco pelos Estados Membros que ainda não o fizeram

30. A CQCT é um dos tratados internacionais a serem adotados de maneira mais generalizada e rápida; só cinco países da Região ainda não são Estados Partes. No entanto, alguns destes têm implementado suas medidas ou manifestaram intenção de fazê-lo.

31. O Protocolo para eliminar o comércio ilícito de produtos de tabaco é baseado no Artigo 15 da CQCT e o complementa. Em especial, o Protocolo tem como objetivo a proteção da cadeia de fornecimento de produtos do tabaco para eliminar o comércio ilícito, e exige, entre outros: a) o estabelecimento de um regime global de rastreamento e localização; b) concessão de licenças, *due diligence*, manutenção de registros, medidas relativas ao trânsito internacional (como vendas pela internet e *duty-free*), sanções e técnicas de investigação especiais; e c) aspectos de intercâmbio de informações e cooperação internacional (30). É urgente obter as 40 primeiras ratificações, necessárias para a entrada em vigor do Protocolo, para que os países avancem na implementação de suas medidas.

Objetivo	Indicador	Linha de base (2016)	Meta (2022)
3.1 Obter a ratificação da CQCT.	3.1.1 Número de países que são Estados Partes da CQCT.	30	33
3.2 Obter a ratificação do Protocolo para eliminar o comércio ilícito de produtos de tabaco.	3.2.1 Número de Estados Partes da CQCT que são também Estados Partes do Protocolo para a eliminação do comércio ilícito de produtos de tabaco.	4	20

Fonte de informação sobre o indicador: Seção de tratados do website das Nações Unidas.

Linha estratégica de ação 4: Fortalecimento da capacidade dos Estados Membros em matéria de políticas de saúde pública para fazer frente às tentativas de interferência pela indústria do tabaco e por aqueles que defendem seus interesses

32. Os interesses da indústria do tabaco são irreconciliáveis com os interesses e propósitos das políticas de saúde pública, o que tem sido reconhecido em um número cada vez maior de documentos internacionais (4, 49, 50).

33. As diretrizes para a implementação do Artigo 5.3 da CQCT recomendam: a) estabelecer medidas para limitar as interações com a indústria do tabaco e com aqueles que trabalham para promover seus interesses, e garantir a transparência das interações que ocorrerem; b) rejeitar as parcerias e acordos que não sejam vinculantes; c) evitar conflitos de interesse por parte dos representantes oficiais e funcionários públicos; d) exigir que as informações fornecidas pela indústria do tabaco sejam transparentes e precisas; e) desnormalizar e, na medida do possível, regulamentar as atividades descritas pela indústria como “responsabilidade social corporativa” e similares, e f) não dar tratamento preferencial à indústria do tabaco, ainda que se trate de uma companhia estatal (51).

34. Existe ampla experiência entre os Estados Membros da Região em reverter efetivamente as tentativas da indústria do tabaco e seus aliados para impedir, atrasar ou enfraquecer a adoção de regulações efetivas de controle do tabaco. Além disso, existe experiência em promover a coerência entre os tratados internacionais de comércio e as políticas de controle do tabaco estabelecidas na CQCT da OMS. A Repartição Sanitária Pan-Americana, de acordo com a estratégia e plano de ação, reforçará os esforços para sistematizar essas experiências e promover efetivamente o intercâmbio entre os Estados Membros, em particular no que se refere a promover a coerência entre as políticas dos diferentes setores do governo.

Objetivo	Indicador	Linha de base (2016)	Meta (2022)
4.1 Estabelecer mecanismos eficazes para evitar a interferência da indústria do tabaco ou daqueles que defendem seus interesses.	4.1.1 Número de países que contam com mecanismos de identificação e manejo de conflitos de interesse para os representantes oficiais e funcionários públicos que atuam nas políticas de controle do tabaco.	Não disponível	20

Fonte de informação sobre o indicador: Informação a ser coletada pela equipe de controle do tabaco da OPAS.

Monitoramento e avaliação

35. A Estratégia e plano de ação contribuirá para atingir o resultado intermediário 2.1 do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 (“Ampliação do acesso a intervenções para prevenir e controlar as doenças não transmissíveis e os seus fatores de risco”), e o

indicador 2.1.2e do resultado imediato 2.1.2 do Plano de Programa e Orçamento da OPAS 2018-2019 (Número de países que estão implementando políticas, estratégias ou leis em linha com a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco). A informação referente aos indicadores das três primeiras linhas de ação estratégicas vem sendo compilada bienalmente, desde o ano 2007, de maneira sistemática e uniforme para os 35 Estados Membros, no marco do Relatório da OMS sobre a epidemia mundial de tabagismo. Portanto, a Estratégia não exigirá compromissos adicionais por parte dos Estados Membros para proporcionar essa informação. A única informação nova que deverão apresentar diz respeito à quarta linha de ação estratégica. Para esse fim, o Escritório adicionará um pequeno número de perguntas adicionais ao formulário do Relatório da OMS sobre a epidemia mundial de tabagismo. Em 2020, será elaborado um relatório intermediário para os Órgãos Diretores da OPAS, e em 2022, um relatório final.

Repercussões financeiras

36. O custo total calculado para a implementação do plano de ação por parte da Repartição Sanitária Pan-Americana durante seu ciclo completo (de 2018 a 2022), incluindo os gastos com pessoal e atividades, é de US\$ 5.000.000. O financiamento das ações dos países deve ser assumido pelos próprios Estados Membros.

Ação pela Conferência Sanitária Pan-Americana

37. Solicita-se que a Conferência considere a adoção do projeto de resolução incluído no Anexo A.

Anexos

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Doenças Transmissíveis e Análise da Saúde: Situação de Saúde nas Américas: Indicadores Básicos de Saúde 2016. Washington (DC), Estados Unidos, 2016.
2. Organização Mundial da Saúde. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, 2003 [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/5a3abd004eb68a22a09bb2f11fae00ee/Conven%C3%A7%C3%A3o-Quadro+para+o+Controle+do+Tabaco+em+portugu%C3%AAs.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=5a3abd004eb68a22a09bb2f11fae00ee>

3. Comunidade do Caribe. Declaration of Port-of-Spain: Uniting to Stop the Epidemic of Chronic NCDs (2007). Porto de Espanha, Trinidad e Tobago [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em inglês em: <http://caricom.org/media-center/communications/statements-from-caricom-meetings/declaration-of-port-of-spain-uniting-to-stop-the-epidemic-of-chronic-ncds>
4. Nações Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Nova York: ONU; 2011 [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em espanhol em: <http://www.un.org/es/ga/ncdmeeting2011/>
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 [Internet]. 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 30 de setembro a 4 de outubro de 2013; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2013 (Documento Oficial No. 345) [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23127&Itemid=270
6. Organização Mundial da Saúde. Proyecto de Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Trasmisibles 2013-2020. [Internet]. 66ª Assembleia Mundial da Saúde; 6 de maio de 2013; Genebra, Suíça Genebra: OMS; 2013 (documento A66/9) [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_9-sp.pdf
7. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis [Internet]. 52º Conselho Diretor da OPAS; 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2013 (resolução CD52.R9) [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23330&Itemid=270&lang=pt
8. Nações Unidas. Proyecto de documento final de la cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda para el desarrollo después de 2015 [Internet]. Assembleia Geral das Nações Unidas; 16 de setembro de 2015. Nova York. Nova York: ONU; 2015 (documento A/RES/70/1) [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em espanhol em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/93/PDF/N1529193.pdf?OpenElement>

9. Organização Pan-Americana da Saúde. Manual para Desarrollar Legislación para el Control del Tabaco en la Región de las Américas. Washington, DC: OPAS; 2013 [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24914&Itemid&Itemid=270
10. Organização Pan-Americana da Saúde. Convênio Básico da OMS para Controle do Tabaco: Oportunidades e desafios para sua implementação na Região das Américas [Internet]. 48º Conselho Diretor da OPAS, 60ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2008; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2010 (resolução CD48.R2) [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166866/4/CD48.r2-p.pdf>
11. Conferência das Partes da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco. Protección de las políticas de salud pública relativas al control del tabaco contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera [Internet]. Sétima reunião; 12 de novembro de 2016; Nova Delhi, Índia. Nova Delhi, Índia: FCTC; 2016 (decisão FCTC/COP7(8) [consultado em 26 de julho de 2017]. Pode ser encontrado em: [http://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP7\(8\)_ES.pdf?ua=1](http://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP7(8)_ES.pdf?ua=1)
12. Conferência das Partes da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco. Cuestiones relativas al comercio y las inversiones, incluidos los acuerdos, y recursos legales relacionados con la aplicación del CMCT de la OMS [Internet]. Sétima reunião; 12 de novembro de 2016; Nova Delhi, Índia. Nova Delhi, Índia: FCTC; 2016. (decisão FCTC/COP7(21)) [consultado em 26 de julho de 2017]. Pode ser encontrado em: http://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP7_21_ES.pdf?ua=1
13. Conferência das Partes da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco. Medidas para fortalecer la aplicación del Convenio mediante la coordinación y la cooperación [Internet]. Sétima reunião; 12 de novembro de 2016; Nova Delhi, Índia. Nova Delhi, Índia: FCTC; 2016 (decisão FCTC/COP7(13)) [consultado em 26 de julho de 2017]. Pode ser encontrado em: http://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP7_13_ES.pdf?ua=1
14. Organização Pan-Americana da Saúde. Fortalecimento da capacidade dos Estados Membros para implementar as disposições e diretrizes da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco [Internet]. 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 27 de setembro a 1 de outubro de 2010; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2010 (resolução CD50.R6) [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/424/CD50.R6-p.pdf>

15. Organização Mundial da Saúde. Proyecto de marco mundial de vigilancia integral y metas para la prevención y el control de las enfermedades no trasmisibles [Internet]. 66ª Assembleia Mundial da Saúde; 20 a 28 de maio de 2013; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2013 (documento A66/8) [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em espanhol em:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-sp.pdf
16. Kontis V, Mathers CD, Rehm J, Stevens GA, Shield KD, Bonita R, et al. Contribution of six risk factors to achieving the 25x25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. *Lancet*. 2014; 384 (9941):427-37. Disponível em inglês em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24797573>
17. Organização Mundial da Saúde. WHO Global Report: Mortality Attributable to Tobacco. Genebra: OMS; 2012 [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em inglês em:
http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/fact_sheet_mortality_report.pdf
18. Pichon-Rivière A, Bardach A, Augustovski F, Alcaraz A, Reynales-Shigematsu LM, Texeira Pinto M et al. Impacto económico del tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina: un estudio en siete países y su extrapolación a nivel regional. *Rev Panam Salud Pública*. 2016;40(4):213-21. Disponível em espanhol em:
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31302/v40n4a05_213-21.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Organização Pan-Americana da Saúde. Informe sobre Control del Tabaco en la Región de las Américas. A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial da Saúde para el Control del Tabaco. Washington, DC: OPAS; 2016 [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em espanhol em:
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28380/9789275318867_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Organização Mundial da Saúde, World Economic Forum. From Burden to “Best Buys”: Reducing the Economic Impact of Non-communicable Diseases in Low- and Middle-income Countries. Genebra: OMS; 2011 [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em inglês em:
<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js18804en/>
21. Organização Mundial da Saúde. WHO report on the global tobacco epidemic 2015 [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em inglês em:
http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/en/

22. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde. Manual Técnico de la OMS sobre Administración de Impuestos al Tabaco. Washington, DC: OPAS; 2015 [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em espanhol em:
http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=32046&lang=es
23. Sandoval RC, Belausteguigoitia I e Hennis A. El caso de los impuestos al tabaco: dónde nos encontramos y cómo acelerar su uso a favor de la salud pública. Revista Panamericana de Salud Pública. 2016;40(4):200-1. Disponível em espanhol em:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31299/v40n4a02-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
24. Corte de Constitucionalidad de la República de Guatemala. Demanda de la Cámara de Comercio de Guatemala (V-A). Inconstitucionalidad general parcial, Expediente 2158-2009 [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em espanhol em:
https://www.tobaccocontrollaws.org/files/live/litigation/267/GT_Guatemala%20Chamber%20of%20Commerce%201.pdf
25. Sentencia del Plano Jurisdiccional del Tribunal Constitucional del Perú del 19 de julio de 2011. Proceso de Inconstitucionalidad. 5,000 ciudadanos contra el Artículo 3° de la Ley N.º 28705 - Ley general para la prevención y control de los riesgos del consumo de tabaco, sección 6, párrafo 65 [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em espanhol em:
<http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2011/00032-2010-AI.html>
26. Banco Mundial. International Centre for Settlement of Investment Disputes [Internet]. Phillip Morris Brand SárI (Switzerland), Philip Morris Products S.A. (Switzerland) and Abal Hermanos S.A. (Uruguay) v. Oriental Republic of Uruguay (ICSID Case No. ARB/10/7) [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em inglês em:
<https://icsid.worldbank.org/sp/Pages/cases/casedetail.aspx?CaseNo=ARB/10/7>
27. Organização Mundial da Saúde. Diretrizes para implementação do Artigo 13 (*Publicidade, promoção e patrocínio do tabaco*) da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco. Organização Mundial da Saúde, 2008 [Internet] [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em:
http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/convencao_quadro_diretrizes_artigos_2011.pdf
28. O'Neill Institute for National and Global Health Law. Estrategia de la Industria del Tabaco en el Ámbito Judicial Latinoamericano. Guía para Litigios [Internet]. Washington, DC; fevereiro de 2012 [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em espanhol em:
http://www.law.georgetown.edu/oneillinstitute/documents/2012_OneillTobaccoLitGuide_spa.PDF

29. Organização Mundial da Saúde. Comercio ilegal de productos de tabaco. Lo que debe saber para detenerlo, 2015 [Internet] [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em espanhol em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172597/1/WHO_NMH_PND_15.3_spa.pdf?ua=1
30. Organização Mundial da Saúde. Protocolo para eliminar o comércio ilícito de produtos de tabaco, 2012 [Internet] [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/5c448f004a5cc11f9812da504e7bf539/Protocolo+-+Com%C3%A9rcio+Il%C3%ADcito+-+Produtos+de+Tabaco+-+portugu%C3%AAs.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=5c448f004a5cc11f9812da504e7bf539>
31. Nações Unidas. United Nations Treaty Collection. Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products [Internet]. Nova York: ONU; 2012. [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em inglês em:
https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4-a&chapter=9&clang=_en
32. Organização Mundial da Saúde. Aplicación del artículo 5.3 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: evolución de las cuestiones relativas a la interferencia de la industria tabacalera. Informe de la Secretaría del Convenio [Internet]. Conferência das Partes da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco; Sexta reunião; 13 a 18 de outubro de 2014. Moscou (Federação Russa); 2014 (documento FCTC/COP/6/16) [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em espanhol em:
http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_16-sp.pdf
33. Organização Mundial da Saúde. Technical note 1. Evaluation of existing policies and compliance. 2015. In: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015, Raising taxes on tobacco [Internet]. Genebra: OMS; [5]. Disponível em inglês em:
http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/technicalnote1.pdf?ua=1
34. Organização Mundial da Saúde. Diretrizes para implementação do Artigo 8 da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco. Organização Mundial da Saúde, 2008 [Internet] [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em:
http://actbr.org.br/uploads/conteudo/256_diretrizes_art_8.pdf
35. Organização Mundial da Saúde. Diretrizes para implementação do Artigo 11 da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (*Embalagem e rotulagem dos produtos do tabaco*). Organização Mundial da Saúde, 2008 [Internet] [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em:
http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/convencao_quadro_diretrizes_artigos_2011.pdf

36. Barnoya J, Monzón JC, Biriz P, Navas-Acien A. Compliance to the smoke-free law in Guatemala 5-years after implementation. BMC Public Health. 2016 doi:10.1186/s12889-016-2960-x [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em inglês em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4852414/>
37. Organização Mundial da Saúde. Tobacco Free Initiative (TFI) WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: [Internet]. Appendix VI: Global tobacco control policy data available online only. Column: “Overall compliance of regulation on...” [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em inglês em:
http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/appendix_vi/en/
38. Organização Mundial da Saúde. Plain packaging of tobacco products: evidence, design and implementation: OMS; 2016 [Internet] [consultado em 26 de fevereiro de 2017] Disponível em inglês em:
<http://www.who.int/tobacco/publications/industry/plain-packaging-tobacco-products/en/>
39. Governo Australiano. Department of Health. Introduction of Tobacco Plain Packaging in Australia [Internet] [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em inglês em:
<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/tobacco-plain>
40. Reino Unido. The National Archives. The Standardised Packaging of Tobacco Products Regulations 2015 [Internet] [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em inglês em:
<http://www.legislation.gov.uk/ukdsi/2015/9780111129876>
41. França. Assemblée Nationale. Amendement No AS1408, Article additionnel après l'article 5 du code de la santé publique [Internet]. Paris: Assembleia Nacional; 13 de março de 2015 [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em francês em:
<http://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/2302/CION-SOC/AS1408.pdf>
42. Irlanda. Department of Health. Public Health (Standardised Packaging of Tobacco Act 2015 [Commencement]) Bill 2014 [Internet]. Dublin: Ireland Department of Health; 2014 [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em inglês em:
<http://health.gov.ie/blog/statutory-instruments/public-health-standardised-packaging-of-tobacco-act-2015-commencement-order-2016/>

43. U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults. A Report of the Surgeon General [Executive Summary] Atlanta, GA: 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, 2012 [Internet]. [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em inglês em: <https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/preventing-youth-tobacco-use/exec-summary.pdf>
44. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. National Cancer Institute. NCI Tobacco Control Monograph Series 19. The Role of the Media in Promoting and Reducing Tobacco Use [Executive Summary], June 2008 [Internet] [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em inglês em: <https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/19/docs/M19ExecutiveSummary.pdf>
45. Alderete M. La Salud No Se Negocia/3^a. edición. Niños en la mira de la industria tabacalera [Internet]. Buenos Aires, Argentina; outubro de 2015 [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em espanhol em: <http://www.proepsainta.cl/wp-content/uploads/2016/03/Ni%C3%B1os-en-la-mira-de-la-industria-tabacalera-3%C2%AA-edicion-2015-1.pdf>
46. Haglund M. Women and tobacco: a fatal attraction. Bulletin of the World Health Organization [Internet]. [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. 2010;88:563-563. doi:10.2471/BLT.10.080747. Disponível em inglês em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/10-080747/en/>
47. Organização Mundial da Saúde. Diretrizes para implementação do Artigo 6º da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco. Organização Mundial da Saúde, 2014 [Internet] [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/aabe72004f0131dc9e63bfc3fb1dc4b3/artigo+6%C2%BA.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=aabe72004f0131dc9e63bfc3fb1dc4b3>
48. Nações Unidas. Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development (Addis Ababa Action Agenda). Nova York, ONU; 2015 [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em inglês em: http://www.un.org/esa/ffd/wp-content/uploads/2015/08/AAAA_Outcome.pdf
49. Nações Unidas Coherencia en la labor de control del tabaco a nivel de todo el sistema de las Naciones Unidas. Conselho Econômico e Social das Nações Unidas; 2 a 27 de julho de 2012. Nova York: ONU; 2012. (documento E/2012/L.18) [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www.who.int/fctc/ecosoc_resolution_sp.pdf

50. Organização Mundial da Saúde, Transparencia en el proceso de lucha antitabáquica [Internet]. 54ª Assembleia Mundial da Saúde; 14 a 22 de maio de 2001; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2001 (resolução WHA54.18) [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em espanhol em:
http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54r18.pdf

51. Organização Mundial da Saúde. Diretrizes para implementação do Artigo 5.3 da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco. Organização Mundial da Saúde, 2008 [Internet] [consultado em 26 de fevereiro de 2017]. Disponível em:
http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/convencao_quadro_diretrizes_artigos_2011.pdf

29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA

69ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 25 a 29 de setembro de 2017

CSP29/11

Anexo A

Original: espanhol

PROJETO DE RESOLUÇÃO

ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA FORTALECER O CONTROLE DO TABAGISMO NA REGIÃO DAS AMÉRICAS 2018-2022

A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

(PP1) Tendo examinado a *Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022* (documento CSP29/11);

(PP2) Reconhecendo que o consumo de tabaco e a exposição ao fumo de tabaco continuam sendo um grave problema de saúde pública e são um fator de risco comum para as principais doenças não transmissíveis;

(PP3) Reconhecendo que as doenças não transmissíveis são a principal causa de mortalidade na Região, e que aproximadamente um terço das mortes por doenças não transmissíveis são prematuras, ocorrendo em pessoas de 30 a 70 anos de idade;

(PP4) Reconhecendo o alto custo das doenças relacionadas ao tabaco para as famílias e para os sistemas de saúde dos Estados Membros, o qual acentua a pobreza e as desigualdades em matéria de saúde e dificulta a obtenção da saúde universal na Região;

(PP5) Reconhecendo que, embora a Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco (CQCT) já esteja em vigor internacionalmente há 12 anos e 30 dos Estados Membros da Região sejam Estados Partes dela, o avanço na implementação de suas medidas tem sido desigual tanto entre os países como no tocante ao tipo de medidas aprovadas, e o ritmo de implementação das mesmas mostra sinais de desaceleração;

(PP6) Reconhecendo ainda que existem muitas circunstâncias que dificultaram a implementação das medidas da CQCT em âmbito nacional por seus Estados Partes, mas destacando que o desafio comum e mais importante que todos os países enfrentam é a

interferência da indústria do tabaco e daqueles que trabalham para defender seus interesses;

(PP7) Observando que a presente Estratégia e plano de ação prioriza as medidas da CQCT contidas nas intervenções para a prevenção e controle das doenças não transmissíveis que a OMS definiu como tendo excelente relação custo-benefício e aplicabilidade, inclusive em contextos onde os recursos são limitados, razão pela qual sua implementação é importante para todos os Estados Membros, quer sejam ou não Estados Partes da CQCT,

RESOLVE:

(OP)1. Aprovar a *Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022* (documento CSP29/11), no contexto das condições específicas de cada país.

(OP)2. Instar aos Estados Membros, levando em consideração seu contexto nacional, que:

- a) promovam práticas de saúde pública que protejam a população em geral, e às crianças e adolescentes em especial, dos perigos do consumo de tabaco e da exposição ao fumo de tabaco, de modo a reduzir definitivamente o ônus de morbimortalidade a eles inerente;
- b) priorizem a adoção de uma norma abrangente para ambientes livre de fumaça e a implementação de advertências de saúde nas embalagens de produtos de tabaco, bem como o fortalecimento e eventual melhoramento de normas já existentes sobre estes temas e de seu cumprimento, com o objetivo de que essas medidas protejam toda a população das Américas;
- c) considerem a adoção ou o fortalecimento da implementação das outras medidas contidas na CQCT, com especial ênfase na proibição da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco em conformidade com o Artigo 13 da CQCT e em medidas fiscais para reduzir a demanda por tabaco;
- d) considerem os impostos sobre o tabaco como uma fonte de renda que, em conformidade com a legislação nacional, poderia ser utilizada como fonte de financiamento doméstico da saúde em particular e do desenvolvimento em geral;
- e) fortaleçam seus sistemas nacionais de vigilância a fim de que possam avaliar não só a prevalência do consumo de tabaco, mas também a efetividade das medidas implementadas, e possam obter informação desagregada por sexo, gênero, etnia e outros fatores, na medida do possível, e usar essa informação para criar intervenções com base em evidências científicas e direcionadas a fim de reduzir as disparidades;
- f) oponham-se às tentativas da indústria do tabaco e de seus grupos associados de interferir, atrasar, obstaculizar ou impedir a implementação das medidas de

- controle do tabaco orientadas à proteção da saúde pública da população, e reconheçam a necessidade de monitorar, documentar e, de acordo com a legislação nacional vigente, tornar públicas as atividades da indústria a fim de pôr em evidência suas estratégias e reduzir sua eficácia;
- g) considerem a necessidade de contar com instrumentos legais para abordar a questão relativa ao conflito de interesses por parte de representantes oficiais e funcionários públicos no que diz respeito ao controle do tabaco;
 - h) considerem, caso sejam Parte da CQCT, a ratificação do *Protocolo para eliminar o comércio ilícito de produtos de tabaco*, a fim de assegurar sua pronta entrada em vigor em âmbito internacional.

(OP)3. Solicitar à Diretora que:

- a) preste apoio aos Estados Membros na elaboração, revisão e implementação de normas e políticas de controle do tabaco, quer sejam ou não Estados Partes da CQCT;
- b) promova a cooperação técnica com os países e entre eles para compartilhar boas práticas e lições aprendidas;
- c) fortaleça a cooperação técnica para melhorar as capacidades dos Estados Membros para promover a coerência entre as políticas de comércio e de saúde pública no contexto do controle do tabaco, a fim de proteger a saúde da interferência da indústria do tabaco;
- d) fomente as alianças com outros organismos internacionais e sub-regionais, bem como com membros da sociedade civil, nacional e internacionalmente, para apoiar a implementação desta Estratégia e plano de ação.



Relatório sobre as repercussões financeiras e administrativas do projeto de resolução para a Repartição

1. **Tema da agenda:** 4.9 - Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022

2. **Relação com o [Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017](#):**

Categorias:

a) **Plano Estratégico – Categoria 2:** Doenças não transmissíveis e fatores de risco.

b) **Áreas programáticas e resultados intermediários:**

Meta de impacto: Melhorar a saúde da população adulta com ênfase em doenças não transmissíveis e nos fatores de risco. Indicadores relacionados:

5.1 Redução de pelo menos 9% da taxa de mortalidade prematura por doenças não transmissíveis até 2019, em comparação com 2014.

5.2 Uma brecha relativa não superior a um aumento de 6% da taxa de mortalidade prematura por doenças não transmissíveis entre os grupos de países situados na parte superior e na inferior do Índice de Necessidades em Saúde até 2019, em comparação com 2014.

5.3 Uma brecha absoluta não superior a 18 mortes prematuras por doenças não transmissíveis em excesso por 100 mil habitantes entre 2014 e 2019 no gradiente de países do Índice de Necessidades em Saúde.

Área programática 2.1: Doenças não transmissíveis e fatores de risco

Resultado intermediário 2.1: Ampliação do acesso a intervenções para prevenir e controlar as doenças não transmissíveis e os seus fatores de risco

Indicadores dos resultados intermediários:

2.1.2a Prevalência do nível atual de consumo de tabaco entre adolescentes de 13 a 15 anos

2.1.2b Prevalência, padronizada por idade, do nível atual de consumo de tabaco (18 anos ou mais)

Resultado imediato 2.1.2 Países aptos a implementar intervenções com uma relação custo-benefício muito boa (“as melhores opções”) para reduzir os quatro fatores de risco modificáveis para as doenças não transmissíveis (tabagismo, dieta, sedentarismo e uso prejudicial do álcool).

Indicador do resultado imediato:

2.1.2e Número de países que estão implementando políticas, estratégias ou leis em linha com a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.

3. Repercussões financeiras:

a) **Custo total estimado da aplicação da resolução no período de vigência (inclui os gastos correspondentes a pessoal e atividades): US\$5.000.000**

b) **Custo estimado para o biênio 2018-2019 (inclui os gastos correspondentes a pessoal e atividades): US\$2.000.000**

Linha de despesas	Gasto anual (US\$)	Biênio 2018-2019 (US\$)	5 anos (US\$)
Recursos humanos:	480.000	960.000	2.400.000
STP P3 Caribe	120.000		
STP P3 América Central	120.000		
STP P3 América do Sul	120.000		
STP P3 Regional	120.000		
Atividades:	520.000	1.040.000	2.600.000
Simpósios, capacitações, viagens, etc.	300.000		
Comunicações e campanhas	100.000		
Monitoramento e avaliação	70.000		
Publicações, panfletos	50.000		
Total:	1.000.000	2.000.000	5.000.000

c) **Parte do custo estimado no item b) que poderia ser incluída nas atuais atividades programadas:**

Como mostra o quadro acima, o orçamento considerado para gastos de pessoal corresponde a três novos postos de assessores temporários (P3) em nível sub-regional e um de categoria similar em âmbito regional. Esta nova dotação de pessoal permitiria expandir e robustecer o trabalho realizados pelos consultores de país encarregados das Doenças Não Transmissíveis (DNTs). Isto é essencial para garantir a consecução dos objetivos da presente estratégia e plano de ação. Cabe destacar que nem todas as Representações nos países contam com um consultor para DNTs. Em alguns casos, a Representação conta com um consultor responsável pela prevenção e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis. Além disso, naqueles casos em que existe um consultor dedicado exclusivamente às DNTs, o controle do tabaco é apenas um de uma ampla gama de temas. Isso, sem dúvida, dificulta o monitoramento constante exigido pelos procedimentos legislativos de controle do tabaco, tendo em vista a forte e agressiva oposição da indústria do tabaco. Em consequência, o orçamento considerado para a contratação de pessoal novo não pode ser incluído nas atuais atividades programadas.

O que é possível, por outro lado, é incluir 50% do orçamento destinado às atividades já planejadas para o próximo biênio.

4. Repercussões administrativas:

a) Níveis da Organização em que se seriam tomadas medidas: Este trabalho será realizado em todos os níveis da Organização, isto é, nos âmbitos nacional, sub-regional e regional, com forte ênfase no nível sub-regional no que diz respeito à coordenação e facilitação de cooperação técnica e acompanhamento nos processos legislativos nacionais. Cabe assinalar que a presente Estratégia e plano de ação não exigirá a apresentação de novos relatórios por parte dos Estados (exceto no que se refere a ações de enfrentamento à indústria do tabaco), pois as medidas contempladas já vêm sendo monitoradas bienalmente desde 2007 no marco do Relatório da OMS sobre a epidemia mundial de tabagismo e do Relatório Regional de Controle de Tabaco da OPAS.

b) Necessidades adicionais de pessoal (no equivalente de cargos a tempo integral, incluindo o perfil do pessoal): Como descreve o quadro acima, além dos funcionários já integrados às equipes de controle do tabaco, serão necessários quatro consultores temporários de categoria P3, três deles em nível sub-regional.

c) Prazos (prazos amplos para as atividades de aplicação e avaliação): O projeto da Estratégia e plano de ação abrange o período compreendido entre 2018 e 2022.

Será realizada uma avaliação intermediária a ser apresentada aos Órgãos Diretores em 2020, após a qual será realizada uma avaliação final, a ser apresentada em 2023, juntamente com a proposta de uma possível atualização do Plano de Ação para dar o seguimento que for necessário por outro período.



**FORMULÁRIO ANALÍTICO PARA VINCULAR OS TEMAS DA AGENDA
COM OS MANDATOS INSTITUCIONAIS**

1. Tema da agenda: 4.9 –Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022

2. Unidade responsável: Fatores de risco (NMH-RF)

3. Preparado por: Rosa Carolina Sandoval

4. Vínculo entre este tema e a [Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017](#):
As doenças não transmissíveis se tornaram a principal causa de morbimortalidade nas Américas. Nesse contexto, os Estados Membros deverão reforçar e ampliar suas medidas de prevenção e controle dessas doenças. O consumo de tabaco é reconhecidamente o principal fator de risco prevenível para as doenças não transmissíveis. As políticas de controle do tabaco são essenciais para a promoção de estilos de vida e ambientes saudáveis.

5. Vínculo entre este tema e o [Plano Estratégico da OPAS 2014-2019](#):
As medidas para o controle do tabaco promovem a redução do ônus das doenças não transmissíveis, o que figura no Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 dentro da Categoria 2: Doenças não transmissíveis e fatores de risco.

6. Lista de centros colaboradores e instituições nacionais vinculados a este tema:

Existem cinco centros colaboradores nas Américas que trabalham com controle de tabaco, a saber:

- Estados Unidos:
 - Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health – Department of Epidemiology, Institute for Global Tobacco Control (IGTC)
 - Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – (Global Tobacco Program) Office on Smoking & Health (MS K50)
 - University of California – Center for Tobacco Control, Research and Education
 - Virginia Commonwealth University – Center for the Study of Tobacco Products, Department of Psychology
- Brasil: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) – Secretaria Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ)

A OPAS também realiza atividades de colaboração contínua com várias outras organizações, entre elas a Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK), a Framework Convention Alliance (FCA), a University of Illinois, a American Cancer Society (ACS), a Universidade Alfonso Ibáñez e a União Internacional Contra Tuberculose e Doenças Pulmonares (“The Union”).

7. Boas práticas nesta área e exemplos de países da Região das Américas:

- Na Região, 18 países já implementaram no mais alto nível leis que estabelecem ambientes livre de fumaça de tabaco, e 16 já adotaram advertências de saúde nas embalagens dos produtos de tabaco mediante uso efetivo de imagens e mensagens, o que demonstra que ambas as medidas, além de baseadas em evidência, são politicamente viáveis e factíveis na Região.
- Países como o Brasil, a Colômbia, o Panamá, o Suriname e o Uruguai conseguiram aprovar proibições completa da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco, e sete países aumentaram a carga tributária sobre os produtos de tabaco em mais de 10 pontos percentuais (Bahamas, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Nicarágua, Panamá e Santa Lúcia). Além disso, a Argentina e o Chile são os países da Região que cumprem o umbral de impostos sobre o tabaco que representa mais de 75% do preço final de venda.
- Até 31 de dezembro de 2016, o Protocolo para eliminar o comércio ilícito de produtos de tabaco havia sido ratificado por quatro países da Região (Equador, Nicarágua, Panamá e Uruguai).

8. Repercussões financeiras do tema:

- O custo total estimado da aplicação da resolução durante seu período de vigência (2018-2022) é de US\$5.000.000.
- O custo estimado para o biênio 2018-2019 é de aproximadamente US\$2.000.000.
