



## ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA FORTALECER O CONTROLE DO TABACO NA REGIÃO DAS AMÉRICAS 2025–2030

### Introdução

1. O consumo de tabaco continua sendo uma das principais ameaças à saúde pública mundial que, além de gerar uma grande carga social, econômica e ambiental para os países, exacerba a pobreza nos domicílios e aumenta as desigualdades. Esse consumo é prejudicial em todas as suas formas, não havendo um nível seguro de exposição à fumaça de tabaco. Esse é um fator de risco prevenível para os quatro principais grupos de doenças não transmissíveis (DNTs): doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas e diabetes. Na Região das Américas, as DNTs são a principal causa de morte e incapacidade, sendo responsáveis por 81% das mortes a cada ano. O consumo de tabaco, por sua vez, causa um milhão de mortes por ano na Região e afeta de modo desproporcional as pessoas que vivem em países de baixa ou média renda (1). Atualmente, existem muitas evidências sobre como se deve combater a epidemia de tabagismo de forma bastante custo-efetiva, por meio da implementação dos mandatos da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2) e do *Protocolo para eliminar o comércio ilícito de produtos de tabaco* (o Protocolo) (3), bem como das orientações do pacote de medidas MPOWER da OMS (4). Além disso, a OMS reconheceu cinco medidas contidas na CQCT como as melhores opções para prevenir e controlar as DNTs (5), e sua implementação, juntamente com outras que vão além da Convenção e seus protocolos para proteger a saúde humana (6), é relevante para todos os Estados Membros, independentemente de serem ou não Estados Partes da CQCT.

2. Embora nos últimos anos tenha havido avanços significativos na luta contra a epidemia de tabagismo na Região (4, 7) e tenha sido demonstrada a viabilidade econômica, política, jurídica e social das medidas para combatê-la, a maioria dos Estados Membros ainda não cumpre integralmente os compromissos internacionais assumidos em relação a esse tema (8). Este documento propõe um roteiro até 2030 no qual são priorizadas medidas essenciais para acelerar a implementação da CQCT e permitir que os Estados Membros cumpram as metas previstas de redução do consumo de tabaco e da mortalidade prematura causada pelas DNTs. Esta estratégia e plano de ação integra uma perspectiva de equidade, com especial atenção aos grupos em situação de vulnerabilidade, está em consonância com decisões e mandatos regionais e mundiais, incorpora as lições aprendidas com as metas não alcançadas da *Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018–2022* da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (8) e abrange tanto

produtos convencionais e emergentes de tabaco quanto sistemas eletrônicos de administração de nicotina (SEAN) e sem nicotina (SESN), comumente denominados em conjunto “cigarros eletrônicos”.<sup>1</sup>

### **Antecedentes**

3. Esta estratégia e plano de ação está em harmonia com os compromissos assumidos pelos Estados Partes da CQCT e do Protocolo, bem como com as decisões adotadas pela Conferência das Partes da CQCT e pela Reunião das Partes do Protocolo.<sup>2</sup> Também está em consonância, tanto em seu conteúdo quanto em sua duração, com a *Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018–2022* e seu relatório final (8), os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030 (9), o plano de ação global para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis 2013–2020 (prorrogado até 2030) (10), a Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018–2030 (11) e a estratégia mundial para acelerar o controle do tabaco 2019–2025 (prorrogada até 2030), que busca promover o desenvolvimento sustentável mediante a aplicação da CQCT da OMS (12), bem como com vários instrumentos internacionais de direitos humanos ratificados pelos Estados Membros, alguns citados explicitamente no preâmbulo da CQCT (13, 14).

4. Esta estratégia e plano de ação também está em consonância com resoluções do Conselho Diretor da OPAS vinculadas especificamente ao controle do tabaco (15–17), a Declaração de Port of Spain da Comunidade do Caribe (CARICOM) de 2007 (18), a Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas de 2011 (19), o Plano Estratégico da OPAS 2020–2025 (20), a *Estratégia para a prevenção e o controle de doenças não transmissíveis 2012–2025* (21) e a *Iniciativa da OPAS para ampliar e acelerar a integração de serviços de DNT à atenção primária à saúde no período 2023–2030* (22).

5. Apesar de as políticas de controle do tabaco estarem expressas nos compromissos e mandatos dos documentos citados anteriormente, os Estados Membros têm tido dificuldades para avançar na sua implementação, conforme evidenciado no relatório final da *Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018–2022* (8). Diante disso, os Estados Membros solicitaram apoio à Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) para elaborar uma nova estratégia e plano de ação que permita dar continuidade aos esforços de implementação de medidas mais custo-efetivas de controle do tabaco e enfrentar os novos desafios, o que demonstra sua vontade política e seu compromisso em avançar com a agenda de controle do tabaco e as questões emergentes relacionadas.

### **Análise da situação**

6. O consumo de tabaco é um importante fator de risco para as principais DNTs, que são a maior causa de mortalidade (de forma prematura, em um terço dos casos) e incapacidade na Região das Américas (1). Calcula-se seu custo represente 1,8% do produto interno bruto mundial anual (2,4% na Região) (23, 24). O consumo de tabaco, o vício em nicotina e a exposição à fumaça

---

<sup>1</sup> Neste documento, são utilizados os termos empregados nas decisões e relatórios da Conferência das Partes da CQCT. Doravante, os produtos de tabaco aquecido, SEAN e SESN serão coletivamente denominados “produtos emergentes”, para diferenciá-los dos produtos convencionais.

<sup>2</sup> Órgãos de gestão e deliberação de ambos os tratados que adotam as decisões necessárias para promover sua efetiva implementação.

representam uma ameaça em escala mundial ao desenvolvimento sustentável, causando danos ambientais, sociais e econômicos por meio do cultivo, da produção, da distribuição, do consumo e dos resíduos gerados (25).

7. Segundo as estimativas da OMS, em todo o mundo há cerca de 1,2 bilhão de pessoas com mais de 15 anos (doravante “população adulta”) que consomem tabaco, das quais 133 milhões (11%) vivem na Região das Américas. Desde 2000, ano em que a OMS começou a fazer suas estimativas, observou-se uma diminuição de 16,35% no número de consumidores de tabaco na Região (de 159 milhões para 133 milhões), apesar do crescimento da população total (26). A Região tem algumas particularidades: ainda que tenha sido registrada uma rápida diminuição no consumo de tabaco na população adulta, essa diminuição não será suficiente para alcançar o objetivo de uma redução relativa de 30% ou mais até 2025 em comparação com 2010<sup>3</sup> (a projeção atual é que a Região alcance uma redução relativa de 27%). Embora na população masculina a prevalência seja mais baixa do que a média mundial (21,7% contra 34,4% de média mundial), na população feminina ocorre o contrário (11,4% de média regional contra 7,4% de média mundial). Entretanto, entre as mulheres, prevê-se que haja uma redução na prevalência de 30% até 2025 em comparação com 2010 (26). Por outro lado, sob uma perspectiva de gênero, as mulheres costumam assumir a principal responsabilidade pelo cuidado de pessoas doentes (os homens enfrentam a maior carga de doença associada ao consumo de tabaco), além de serem o grupo que apresenta a maior carga de mortalidade relacionada com a exposição à fumaça de tabaco no ambiente (7).

8. Quanto à população adolescente (de 13 a 15 anos), estima-se que pelo menos 5 milhões de adolescentes na Região consomem alguma forma de tabaco. A taxa de prevalência média para ambos os sexos coincide com a cifra mundial (10%). Cabe destacar que a Região das Américas é uma das duas regiões com a menor diferença na prevalência por gênero entre adolescentes (9,4% entre as mulheres e 10,3% entre os homens) (26), o que sugere uma tendência à feminização do consumo quando se comparam esses dados com os da população adulta. Essa tendência poderia ser atribuída, em parte, às estratégias de marketing da indústria do tabaco, especificamente criadas para atrair o público feminino (27).

9. Desde a entrada em vigor da CQCT em 2005, o panorama do controle do tabaco na Região mudou significativamente, com um número expressivo de países que adotaram medidas legislativas, executivas, ou uma combinação de ambas em nível nacional, segundo os mandatos da Convenção (7). A execução dessas medidas, principalmente quando integralmente implementadas, contribuiu para a diminuição do consumo, embora os avanços sejam desiguais tanto com base no tipo de medida quanto no número de países que as adotaram. Os avanços se concentram na adoção de ambientes livres de fumaça e na exigência de rotulagem de advertência nas embalagens dos produtos de tabaco. Entretanto, outras medidas essenciais, como os impostos sobre o tabaco e a proibição de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco, continuam sendo implementadas de maneira limitada. Esse avanço modesto pode se dever, entre outras razões, ao fato de que essas são medidas com maior interferência da indústria e que requerem o consenso de mais setores do governo para sua adoção. Por outro lado, em relação à baixa implementação das medidas vinculadas à oferta de serviços de cessação do tabagismo, uma das principais limitações é a disponibilidade de recursos humanos e financeiros (4).

---

<sup>3</sup> Meta voluntária estabelecida no *Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis*.

10. Além disso, embora tenha sido observado um progresso constante na implementação de medidas de controle do tabaco no período de implementação da estratégia e plano de ação anterior, foi possível alcançar apenas uma única meta relacionada com a identificação e o manejo de conflitos de interesse dos funcionários públicos (8), o que representa indícios de avanços que devem ser fortalecidos e ampliados. De fato, o principal obstáculo para avançar na agenda de controle do tabaco é a interferência persistente da indústria do tabaco e daqueles que defendem seus interesses, como a ingerência nos processos de formulação de políticas por setores não relacionados com a saúde e o uso de litígios (28).

11. A pandemia de COVID-19 exacerbou as consequências devastadoras do consumo de tabaco e nicotina, pois as pessoas que consomem esses produtos têm um pior prognóstico para a doença. Nesse aspecto, a OPAS insta os países a ampliar e acelerar a incorporação dos serviços integrais de DNTs à atenção primária à saúde como uma das ações necessárias para promover a recuperação na era pós-pandemia, o que inclui aconselhamento para cessação do tabagismo (22). A pandemia pôs em evidência a fragilidade dos sistemas e serviços de saúde, com interrupções e atrasos na atenção, mas, ao mesmo tempo, abriu uma oportunidade para melhorá-los, por exemplo, graças às exigências de reforçar os serviços de abandono do tabaco em todo o mundo.

12. O progresso entre os países da América Latina, sobretudo no caso da América do Sul e dos Estados Membros da CARICOM, tem sido desigual. Por exemplo, em 2020, a América do Sul como um todo conseguiu implementar medidas para tornar os ambientes públicos totalmente livres da fumaça de tabaco. Já nos Estados Membros da CARICOM esse marco ainda não foi alcançado, apesar dos diversos compromissos governamentais assumidos para alcançá-lo até 2022 (29). Entre os fatores que poderiam explicar essas diferenças estão, por um lado, a melhor organização da sociedade civil, a maior disponibilidade de pesquisas em nível nacional para apoiar a promoção das políticas, o reconhecimento constitucional do direito à saúde e a importância dada aos direitos humanos (30); por outro, certas práticas culturais enraizadas em algumas comunidades, como a proeminência simbólica do charuto.

13. Ainda que o produto de tabaco de maior consumo continue sendo o cigarro convencional, um desafio latente em toda a Região é a disponibilidade cada vez maior de produtos emergentes nos mercados, como cigarros eletrônicos e produtos de tabaco aquecido, bem como as estratégias cada vez mais agressivas das indústrias que promovem esses produtos para atrair a população jovem (31). Por exemplo, é preocupante o aumento alarmante do consumo de cigarros eletrônicos entre adolescentes de 13 a 15 anos, que, em muitos países, é maior que o da população adulta (32). A OMS e a OPAS manifestaram a necessidade de tomar medidas urgentes para prevenir o consumo desses produtos e combater o vício em nicotina, ao mesmo tempo em que se adota uma abordagem abrangente de controle do tabaco. Os países devem assegurar que as normas que proíbem ou impõem restrições à venda sejam cumpridas, mas existe a preocupação de que muitos países da Região ainda não regulamentam esses produtos, o que demonstra uma ação insuficiente e abre as portas para uma intensa comercialização e publicidade de produtos para a população jovem.

14. Outro desafio que ganhou relevância nos últimos anos é o marketing digital, que inclui, entre outras práticas, a publicidade em sites ou aplicativos e a recomendação de produtos nocivos à saúde por influenciadores nas redes sociais. A era da transformação digital traz desafios importantes para os governos (33), e os Estados Membros, partindo do consenso internacional sobre a importância de

proibir totalmente a publicidade, promoção e patrocínio de produtos de tabaco (2, 34), deveriam transferir as iniciativas existentes para o ambiente digital, bem como desenvolver novas abordagens e estratégias para se adaptar a esse ambiente.

15. A CQCT e o Protocolo contêm todas as medidas com eficácia comprovada para lidar com as consequências negativas do tabaco e com o vício em nicotina, como também as decisões tomadas no âmbito da Conferência das Partes na CQCT e das Reuniões das Partes do Protocolo. A OMS, por sua vez, reconheceu cinco medidas contidas na CQCT como as melhores opções para prevenir e controlar as DNTs, já que se trata de intervenções custo-efetivas que podem ser aplicadas mesmo em contextos de recursos são limitados: aumento dos impostos sobre o tabaco (artigo 6), ambientes livres de fumaça de tabaco (artigo 8), medidas sobre a embalagem e rotulagem de produtos de tabaco (artigo 11), proibição de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco (artigo 13) e medidas relativas à dependência e abandono do tabaco (artigo 14) (5).

### **Proposta**

16. As cinco medidas da CQCT reconhecidas pela OMS como as melhores opções para prevenir e controlar as DNTs formam a base e o ponto de partida desta estratégia e plano de ação. Esta estratégia tem como objetivo acelerar a implementação da CQCT na Região, promovendo ambientes mais saudáveis, sustentáveis e equitativos e priorizando a proteção da população jovem, das mulheres e das pessoas com menor renda. Ao buscar desestimular o consumo de tabaco e o vício em nicotina, também contribuirá para a proteção do meio ambiente ao reduzir o impacto negativo de toda a cadeia de produção e consumo de produtos de tabaco e outros produtos emergentes sobre os recursos naturais e a geração de resíduos. Por outro lado, incentivará os países a promover uma economia inclusiva e uma sociedade com maior bem-estar e equidade, que priorize a saúde de sua população acima dos lucros de indústrias cuja sobrevivência depende da demanda por produtos extremamente prejudiciais à saúde. Nesse sentido, esta estratégia busca promover a ampliação das medidas de assistência técnica e jurídica e de desenvolvimento contínuo de capacidades, juntamente com a mobilização de recursos financeiros, para defender sobretudo as medidas que continuam tendo baixos níveis de implementação na Região.

### ***Linha de ação estratégica 1: Implementação de medidas efetivas para regular o consumo, a comercialização e a publicidade de produtos de tabaco convencionais e outros produtos emergentes***

17. As evidências que apoiam ambientes livres de fumaça de tabaco são bastante claras e contundentes: não há um nível seguro de exposição à fumaça de tabaco, e a exposição causa câncer e doenças graves do aparelho respiratório e cardiovascular na população infantil, adolescente e adulta que frequentemente levam à morte (4). Um desafio que surgiu recentemente é o possível consumo de cigarros eletrônicos nesses espaços livres de fumaça, algo que, como ocorre com os produtos de tabaco, incluindo os de tabaco aquecido, aumenta a exposição às substâncias tóxicas exaladas e potencialmente prejudiciais para as pessoas do entorno, reduz os incentivos para a cessação e pode interferir na desnormalização (principalmente no caso da população adolescente, que é mais vulnerável a referências visuais e comportamentos sociais) (7, 31).

18. Também são contundentes as evidências a favor da implementação de medidas efetivas e integrais referentes à embalagem e rotulagem dos produtos de tabaco, como o uso de grandes

rótulos de advertência sanitária sobre os efeitos nocivos do consumo de tabaco e da exposição à fumaça, bem como de medidas para evitar que as embalagens e rótulos promovam os produtos de uma maneira falsa, ambígua ou enganosa. A embalagem, que dá aos produtos de tabaco um alto grau de visibilidade e poder simbólico nos pontos de venda e durante o consumo (35), é uma ferramenta promocional poderosa para a indústria atrair novos consumidores (36). Por isso, cada vez mais países em todo o mundo estão implementando a embalagem padronizada, o que implica restrições ou proibições do uso de logotipos, cores, imagens de marca ou informações promocionais nas embalagens (35).

19. A indústria do tabaco investe substancialmente em táticas caras de publicidade, promoção e patrocínio para atrair novos consumidores (principalmente jovens), aumentar as vendas para as pessoas que já consomem esses produtos, diminuir o desejo de abandonar o consumo e motivar as pessoas que conseguiram abandonar o consumo a voltar a comprar os produtos. As evidências respaldam uma proibição total da publicidade, promoção e patrocínio dos produtos de tabaco em suas formas diretas e indiretas, conforme estipulado na CQCT (artigo 13) e nas diretrizes para sua implementação, em conformidade com a constituição e os princípios constitucionais de cada país, tanto nos meios de comunicação tradicionais quanto na internet e em outras tecnologias novas (34). Uma medida legal que não exija proibição total apenas abre caminho para que a indústria explore os meios disponíveis de uma maneira criativa; além disso, proibições integrais são mais fáceis de implementar e monitorar (37). A exibição dos próprios produtos no ponto de venda também é uma forma de publicidade que aumenta as vendas (36).

20. Esta linha estratégica busca fazer com que os Estados Membros priorizem políticas que, além de serem as melhores opções, requeiram medidas regulatórias para sua implementação e estejam vinculadas a artigos da CQCT sujeitos a prazos para sua adoção pelos Estados Partes, abrangendo todos os produtos, tanto convencionais quanto emergentes, conforme o contexto nacional, para evitar sugerir erroneamente que uns são menos nocivos que outros. Além disso, embora cada Estado possa adotar diferentes caminhos para implementá-las (30), muitos países incluíram essas três medidas em suas leis integrais de controle do tabaco, em consonância com a adoção integral sugerida pela CQCT. Por último, essas medidas demonstraram sua solidez jurídica ao serem ratificadas por tribunais nacionais e internacionais em litígios (38).

<b>Objetivo 1.1: Adotar legislação sobre ambientes livres de fumaça de tabaco</b>		
<b>Indicador</b>	<b>Linha de base (2022)</b>	<b>Meta (2030)</b>
<b>1.1.1</b> Número de Estados Membros com normas de abrangência nacional que estabeleçam ambientes 100% livres de fumaça de tabaco em todo local público, em todo local de trabalho fechado e no transporte público	24	30

<b>Objetivo 1.2: Adotar legislação sobre a embalagem e rotulagem de produtos de tabaco</b>		
<b>Indicador</b>	<b>Linha de base (2022)</b>	<b>Meta (2030)</b>
<b>1.2.1</b> Número de Estados Membros com advertências sanitárias gráficas grandes (no mínimo uma média de 50% da frente e do verso) nas embalagens dos produtos de tabaco com todas as características adequadas segundo os critérios estabelecidos no relatório da OMS sobre a epidemia de tabagismo (7)	21	30
<b>1.2.2</b> Número de Estados Membros que adotam uma política de embalagem padronizada	2	5
<b>Objetivo 1.3: Adotar a proibição total da publicidade, promoção e patrocínio dos produtos de tabaco</b>		
<b>Indicador</b>	<b>Linha de base (2022)</b>	<b>Meta (2030)</b>
<b>1.3.1</b> Número de Estados Membros que proíbem totalmente publicidade, promoção e patrocínio dos produtos de tabaco, tanto de forma direta quanto indireta, incluindo também a internet	9	15
<b>1.3.2</b> Número de Estados Membros que proíbem a exibição de produtos de tabaco no ponto de venda	7	13
<b>Objetivo 1.4: Adotar legislação para regular os cigarros eletrônicos</b>		
<b>Indicador</b>	<b>Linha de base (2022)</b>	<b>Meta (2030)</b>
<b>1.4.1</b> Número de Estados Membros com normas de abrangência nacional que proíbam a comercialização de cigarros eletrônicos ou permitam sua comercialização aplicando pelo menos uma das medidas de controle do tabaco mencionadas nos outros indicadores desta linha de ação estratégica 1 ou ainda regulamentem esses produtos como produtos medicinais <sup>a</sup>	21	27

<sup>a</sup> Os Estados Membros têm abordagens diferentes para regular os cigarros eletrônicos, de acordo com seus próprios contextos nacionais. Por isso, este indicador mede o número de países que adotam diferentes abordagens total ou parcialmente em consonância com os mandatos de governança mundiais (CQCT e decisões da Conferência das Partes).

### ***Linha de ação estratégica 2: Implementação de medidas relacionadas a preços e impostos para reduzir a demanda de tabaco***

21. Os impostos sobre o tabaco são considerados a intervenção mais custo-efetiva para reduzir o consumo de tabaco. Ao mesmo tempo, sua implementação não implica custos elevados e gera mais receitas ao Estado (4). Um aumento eficaz de impostos é aquele que se traduz em um aumento dos preços que reduza consideravelmente o consumo e constitua, em curto prazo, uma fonte importante de receitas e, em longo prazo, uma redução dos custos decorrentes de doenças associadas ao

consumo de tabaco. Apesar das evidências contundentes que respaldam a relação custo-efetividade dessa medida, ela é a que registra o menor avanço, tanto em nível mundial quanto regional.

22. Com esta linha de ação estratégica, busca-se fazer com que os Estados Membros priorizem uma medida pouco utilizada e que tem benefícios consideráveis: ao aumentar o preço, os produtos se tornam menos acessíveis financeiramente e menos atraentes, o que leva a uma redução do consumo de tabaco e das doenças associadas. Isso, por sua vez, desestimula o consumo, principalmente em grupos de menor renda, devido à maior sensibilidade desses grupos ao aumento de preço, e evita o deslocamento de gastos que deveriam ser destinados a bens e serviços essenciais, como educação e saúde. Por último, são geradas receitas adicionais que podem ser utilizadas para fortalecer programas de saúde e bem-estar social, em benefício de grupos em situação de vulnerabilidade e da melhoria de sua qualidade de vida (39, 40). Por outro lado, se os países avançarem na adoção dessa medida com base na ampla experiência existente e nas lições aprendidas ao longo dos anos, isso também pode contribuir para que se avance e acelere na adoção de impostos sobre outros produtos não saudáveis (geralmente no âmbito do mesmo instrumento normativo), como bebidas alcoólicas e bebidas açucaradas (41).

<b>Objetivo 2.1: Reduzir a acessibilidade financeira dos produtos de tabaco mediante o aumento dos impostos sobre o consumo de tabaco</b>		
<b>Indicador</b>	<b>Linha de base (2022)</b>	<b>Meta (2030)</b>
<b>2.1.1</b> Número de Estados Membros nos quais os impostos totais representam 75% ou mais do preço final de venda a varejo ou nos quais o aumento foi suficiente para promover uma mudança de categoria na classificação de acordo com os critérios estabelecidos no relatório da OMS sobre a epidemia de tabagismo (7)	4	10
<b>2.1.2</b> Número de Estados Membros que têm pelo menos 4 pontos no sistema de pontuação da política tributária de cigarros da Tobacconomics ou que aumentaram sua pontuação para a categoria seguinte <sup>a</sup>	0	5

<sup>a</sup> A Tobacconomics publica um sistema de pontuação dos impostos sobre cigarros utilizando uma escala de 5 pontos com quatro componentes de pontuação. O cálculo é feito a partir dos dados do relatório bienal da OMS sobre a epidemia mundial de tabagismo. Esse sistema fornece aos formuladores de políticas uma avaliação das políticas tributárias sobre o tabaco. Disponível em: <https://tobacconomics.org/files/research/919/tobacco-scorecard-report-3rd-ed-eng-v5.0.pdf>.

### ***Linha de ação estratégica 3: Prestação de serviços integrais de qualidade que promovam medidas efetivas para o abandono e o tratamento adequado da dependência do tabaco***

23. A OMS deu prioridade à oferta de serviços de abandono do tabaco como elemento essencial dos programas de controle do tabaco, incorporando-a ao pacote de medidas MPOWER (4) e, mais recentemente, à lista de melhores opções para prevenção e controle das DNTs (5). Há uma série de intervenções recomendadas para ajudar no processo de abandono do tabaco, como intervenções breves de suporte, linhas de telefone gratuitas para deixar de fumar, mensagens de texto, sessões individuais e em grupo com especialistas, clínicas de cessação do tabagismo, terapias de substituição e



de reposição de nicotina. Além disso, as evidências disponíveis indicam que as unidades de atenção primária à saúde podem ser um espaço potencialmente útil e menos oneroso para a implementação de intervenções rápidas que alcancem a maioria das pessoas que consomem tabaco (4), aspecto que está em consonância com a recente iniciativa da OPAS para ampliar e acelerar a integração de serviços de DNT à atenção primária à saúde no período 2023–2030 (22). Do mesmo modo, há evidências que demonstram a rentabilidade do investimento na implementação de estratégias e intervenções para o abandono do tabaco (42).

24. Cumprir o objetivo de reduzir consideravelmente a mortalidade e a carga de doenças causadas pelo consumo de tabaco em curto e médio prazo requer não só que os países trabalhem para prevenir o consumo, mas também que a maioria das pessoas que consomem tabaco o abandonem. É possível cumprir esse objetivo e maximizar o impacto se as políticas populacionais de controle do tabaco (descritas nas outras linhas estratégicas) forem complementadas por intervenções que ajudem as pessoas a abandonar o consumo. Por exemplo, a proibição do consumo de tabaco em locais públicos e locais de trabalho, as proibições de publicidade e os aumentos de preço facilitam a abstinência e evitam os gatilhos que podem causar recaídas.

<b>Objetivo 3.1: Oferecer serviços integrais de qualidade para abandonar o consumo de tabaco</b>		
<b>Indicador</b>	<b>Linha de base (2022)</b>	<b>Meta (2030)</b>
<b>3.1.1</b> Número de Estados Membros em que há uma linha de telefone nacional de ajuda para abandonar o consumo de tabaco, terapia de reposição de nicotina e serviços para parar de fumar com todos os custos cobertos <sup>a</sup>	6	12

<sup>a</sup> Os aspectos avaliados para considerar a oferta de um serviço completo de apoio ao abandono do consumo de tabaco são os seguintes: 1) disponibilidade de terapia de reposição de nicotina com cobertura total ou parcial dos custos; 2) disponibilidade de algum serviço para parar de fumar em unidades de saúde ou outros serviços de atenção primária, hospitais, consultórios de profissionais de saúde ou na comunidade, com cobertura total ou parcial dos custos; 3) existência de uma linha de telefone de apoio para parar de fumar (ou por meio de uma ferramenta baseada em dispositivos móveis) nacional e gratuita.

#### ***Linha de ação estratégica 4: Ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS e do Protocolo para eliminar o comércio ilícito de produtos de tabaco***

25. A resposta a esta epidemia mundial deve ser universal, colaborativa e multissetorial e deve estar baseada em estratégias de cooperação nacional e internacional. Por isso, é importante que os Estados Membros ratifiquem a CQCT. A CQCT é o primeiro tratado internacional de saúde pública negociado sob os auspícios da OMS. Ela foi adotada por unanimidade em 2003 e entrou em vigor em 2005. A CQCT deu uma nova dimensão jurídica à cooperação internacional em temas de saúde e é hoje um dos tratados mais amplamente aceitos na história das Nações Unidas (43). A Convenção inclui mecanismos para diminuir tanto a oferta quanto a demanda de produtos de tabaco. Além disso, é um dos únicos três tratados internacionais mencionados nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e suas metas relacionadas.

26. O *Protocolo para eliminar o comércio ilícito de produtos de tabaco* é o primeiro e único protocolo da CQCT, sendo, por si só, um novo tratado internacional. Ele foi adotado em 2012 e entrou em vigor em 2018. O comércio ilícito de produtos de tabaco constitui uma séria ameaça para a saúde pública mundial ao minar as políticas de controle do tabaco, permitir obter esses produtos a preços mais acessíveis, reduzir as receitas do governo e, por vezes, contribuir para o financiamento de atividades criminosas. A fim de coibi-lo, o Protocolo tem como objetivo proteger a cadeia de abastecimento de produtos de tabaco por meio de uma série de medidas que devem ser implementadas pelos governos (4).

27. Com esta linha estratégica, busca-se fazer com que os Estados ratifiquem tratados juridicamente vinculantes que estabeleçam as bases para a adoção de medidas efetivas para a prevenção e o controle do tabaco e do vício em nicotina, que imponham obrigações aos Estados de proteger o direito de toda pessoa de gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir, que elevem as normas nacionais a níveis internacionais e que garantam a participação dos Estados nos espaços onde são tomadas decisões relevantes de políticas de âmbito mundial para enfrentar a epidemia de tabagismo e as questões emergentes relacionadas.

<b>Objetivo 4.1: Obter a ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS e do <i>Protocolo para eliminar o comércio ilícito de produtos de tabaco</i></b>		
<b>Indicador</b>	<b>Linha de base (2022)</b>	<b>Meta (2030)</b>
<b>4.1.1</b> Número de Estados Membros que ratificaram a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS	30	31
<b>4.1.2</b> Número de Estados Membros que ratificaram o <i>Protocolo para eliminar o comércio ilícito de produtos de tabaco</i> <sup>a</sup>	7	12

<sup>a</sup> Devido à relação jurídica entre o Protocolo e a CQCT, um Estado só pode ser Parte do Protocolo se for Parte da CQCT.

***Linha de ação estratégica 5: Fortalecer a capacidade dos Estados Membros em matéria de políticas de saúde pública para fazer frente às tentativas de interferência da indústria do tabaco e daqueles que defendem seus interesses***

28. Os interesses da indústria do tabaco são irreconciliáveis com os interesses e propósitos das políticas de saúde pública, o que foi reconhecido pela própria CQCT em seu artigo 5.3 (2, 34), bem como por um número cada vez maior de documentos internacionais. Os próprios Estados Membros também reconheceram que as táticas de interferência dessa indústria e de seus aliados são o principal fator transversal que impede o cumprimento das metas de controle do tabaco (8, 28).

29. Esta linha de ação estratégica tem como objetivo incentivar os Estados Membros a empregar ou reforçar medidas para prevenir a interferência da indústria do tabaco e de seus aliados, bem como promover a necessidade de monitorar suas diversas táticas, o que permitirá enfrentá-las de maneira mais efetiva. Por exemplo, facilitar a detecção e o combate às tentativas da indústria do tabaco de burlar os regimes de responsabilidade aplicáveis ou minar o controle do tabaco por meio de investimentos ou reorganizações corporativas, detectar sua interferência nos processos de formulação de políticas públicas, enfrentar as chamadas “atividades de responsabilidade social

corporativa” e proteger as políticas ambientais relacionadas ao tabaco, considerando que a indústria do tabaco faz declarações ambientais e de sustentabilidade para disfarçar os danos que ela causa (44). A RSPA, em consonância com esta estratégia e plano de ação, redobrará os esforços para sistematizar essas experiências e promover um intercâmbio efetivo entre os Estados Membros.

<b>Objetivo 5.1: Estabelecer mecanismos eficazes para evitar a interferência da indústria do tabaco ou daqueles que defendem seus interesses</b>		
<b>Indicador</b>	<b>Linha de base (2022)</b>	<b>Meta (2030)</b>
<b>5.1.1</b> Número de Estados Membros que contam com mecanismos de identificação e manejo de conflitos de interesse para servidores e empregados públicos que atuam nas políticas de controle do tabaco	20	25
<b>5.1.2</b> Número de Estados Membros que dispõem de um observatório para monitorar as atividades da indústria a fim de expor suas estratégias e reduzir sua eficácia durante o período de implementação da estratégia e plano de ação	0	10

### **Monitoramento e avaliação**

30. As informações relativas aos indicadores das primeiras quatro linhas de ação vêm sendo coletadas bienalmente de maneira sistemática e uniforme para os 35 Estados Membros no âmbito do relatório da OMS sobre a epidemia mundial de tabagismo. A única informação nova que deverá ser apresentada está vinculada à quinta linha de ação estratégica. Para isso, a RSPA acrescentará um número reduzido de perguntas adicionais ao formulário usado no âmbito do relatório da OMS sobre a epidemia mundial de tabagismo, assim como foi feito no âmbito da estratégia e plano de ação sobre o controle do tabaco para o período 2018–2022. Portanto, esta estratégia e plano de ação não aumentará o ônus para os Estados Membros de fornecer informações.

31. Propõe-se a elaboração de uma revisão intermediária a ser apresentada aos Órgãos Diretores em 2028 e de um relatório final em 2031.

### **Implicações financeiras**

32. Espera-se que os Estados Membros deem prioridade a este tema e destinem recursos para a implementação desta estratégia e plano de ação, conforme o caso, no contexto da recuperação pós-pandemia. A RSPA se esforçará para mobilizar recursos adicionais a fim de implementar esta estratégia e fornecer apoio aos Estados Membros (vide Anexo B).

### **Ação do Conselho Diretor**

33. Solicita-se que o Conselho Diretor examine as informações contidas neste documento, apresente os comentários que julgar pertinentes e considere a possibilidade de aprovar o projeto de resolução apresentado no Anexo A.

### **Anexos**

## Referências

1. Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde. GBD Compare. Seattle: Universidade de Washington; 2021 [consultado em 19 de março de 2024]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: Texto Oficial. Rio de Janeiro: INCA; 2015. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/convencao-quadro-para-o-controle-do-tabaco-texto-oficial>.
3. Governo do Brasil. Decreto nº 9.516, de 1º de outubro de 2018. Promulga o Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco, de 12 de novembro de 2012. Brasília; 2018. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/decreto/D9516.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/D9516.htm).
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório sobre o controle do tabaco na Região das Américas 2022. Washington, D.C.: OPAS; 2022. Resumo executivo disponível em português em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56264>. Relatório completo disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57274>.
5. Organização Mundial da Saúde. More ways, to save more lives, for less money: World Health Assembly adopts more Best Buys to tackle noncommunicable diseases. Genebra: OMS; 2023 [consultado em 19 de março de 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/26-05-2023-more-ways--to-save-more-lives--for-less-money---world-health-assembly-adopts-more-best-buys--to-tackle-noncommunicable-diseases>.
6. Conferência das Partes da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Medidas prospectivas de control del tabaco (en relación con el artículo 2.1 del CMCT de la OMS) [Decisão FCTC/COP10(12)]. Décima reunião (retomada) da Conferência das Partes da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco; 5 a 10 de fevereiro de 2024. Genebra: OMS; 2024. Disponível em: <https://storage.googleapis.com/who-fctc-cop10-source/Decisions/fctc-cop-10-12-es.pdf>.
7. Organização Mundial da Saúde. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke. Genebra: OMS; 2023. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/372043>.
8. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018–2022: Relatório final [Documento CD60/INF/6]. 60º Conselho Diretor da OPAS, 75ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25 a 29 de setembro de 2023. Washington, D.C.: OPAS; 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/cd60inf6-estrategia-e-plano-acao-para-fortalecer-controle-do-tabagismo-na-regiao-das>.
9. Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Rio de Janeiro: UNIC Rio; 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>.

10. Organização Mundial da Saúde. Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles [Resolução WHA72(11)]. 72ª Assembleia Mundial da Saúde; 20 a 28 de maio de 2019. Genebra: OMS; 2019. Disponível em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\(11\)-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72(11)-sp.pdf).
11. Organização Pan-Americana da Saúde. Agenda de saúde sustentável para as Américas 2018–2030: Um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na Região [Documento CSP29/6, Rev. 3]. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25 a 29 de setembro de 2017. Washington, D.C.: OPAS; 2017. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49172>.
12. Conferência das Partes da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Estrategia mundial para acelerar el control del tabaco: Promover el desarrollo sostenible mediante la aplicación del CMCT de la OMS 2019-2025 [Decisão FCTC/COP10(15)]. Décima reunião (retomada) da Conferência das Partes da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco; 5 a 10 de fevereiro de 2024. Genebra: OMS; 2024. Disponível em: <https://storage.googleapis.com/who-fctc-cop10-source/Decisions/fctc-cop-10-15-es.pdf>.
13. Blanco Marquizo A, Bianco E, Paraje G, Gouda HN, Birckmayer J, Welding K, et al. Seguir avanzando en las Américas: el control del tabaco fomenta el desarrollo sostenible. Rev Panam Salud Publica. 10 de outubro 2022;46:e159. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56504>.
14. Conferência das Partes da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Contribución del CMCT de la OMS a la promoción y el respeto de los derechos humanos [Decisão FCTC/COP10(20)]. Décima reunião (retomada) da Conferência das Partes da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco; 5 a 10 de fevereiro de 2024. Genebra: OMS; 2024. Disponível em: <https://storage.googleapis.com/who-fctc-cop10-source/Decisions/fctc-cop-10-20-es.pdf>.
15. Organização Pan-Americana da Saúde. Convênio básico para a luta antitabagismo [Resolução CD43.R12]. 43º Conselho Diretor da OPAS, 53ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 24 a 28 de setembro de 2001. Washington, D.C.: OPAS; 2001. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/1442/cd43.r12-p.pdf>.
16. Organização Pan-Americana da Saúde. Convênio básico da OMS para controle do tabaco: oportunidades e desafios para sua implementação na Região das Américas [Resolução CD48.R2]. 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, D.C.: OPAS; 2008. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/381/CD48.r2-p.pdf>.
17. 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 [Resolução CD50.R6]. 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 27 de setembro a 1º de outubro de 2010. Washington, D.C.: OPAS; 2010. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/424/CD50.R6-p.pdf>.

18. Chefes de Governo da Comunidade do Caribe. Declaration of Port-of-Spain: Uniting to Stop the Epidemic of Chronic NCDs. Port of Spain: CARICOM; 2007. Disponível em: <https://rb.gy/ogc2s2>.
19. Organização das 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 [Resolução A/RES/66/2]. Sexagésima Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas; 13 de setembro 2011 a 10 de setembro de 2012. Nova York: ONU; 2011. Disponível em: <https://documents.un.org/api/symbol/access?i=N1145897&t=pdf>.
20. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2020–2025 [Documento Oficial 359]. 57º Conselho Diretor da OPAS, 71ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 30 de setembro a 4 de outubro de 2019. Washington, D.C.: OPAS; 2019. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/59633>.
21. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis [Resolução CSP28.R13]. 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 64ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 17 a 21 de setembro de 2012. Washington, D.C.: OPAS; 2012. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3688>.
22. Organização Pan-Americana da Saúde. Iniciativa de la OPS para ampliar y acelerar la integración de servicios de ENT en la atención primaria de salud 2023-2030. Washington, D.C.: OPAS; 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/mejor-atencion-para-ent-acelerar-acciones-atencion-primaria-salud>.
23. Goodchild M, Nargis N, Tursan d’Espaignet E. Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tob Control*. 2018;27(1):58-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-053305>.
24. Pichon-Riviere A, Bardach A, Rodríguez Cairolí F, Casarini A, Espinola N, Perelli L, et al. Health, economic and social burden of tobacco in Latin America and the expected gains of fully implementing taxes, plain packaging, advertising bans and smoke-free environments control measures: a modelling study. *Tob Control*. 4 de maio de 2023;tc-2022-057618. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/tc-2022-057618>.
25. Organização Pan-Americana da Saúde. El tabaco y su impacto ambiental: Panorama general. Washington, D.C.: OPAS; 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56065>.
26. Organização Mundial da Saúde. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. Genebra: OMS; 2024. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/375711>.
27. Campaign for Tobacco-Free Kids. Women and Tobacco, Big Tobacco’s Campaign to Addict Women. Washington, D.C.: Campaign for Tobacco-Free Kids; 12 de novembro de 2020 [consultado em 19 de março de 2024]. Disponível em: <https://www.tobaccofreekids.org/what-we-do/global/women>.

28. Conferência das Partes da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Progresos realizados a escala mundial en la aplicación del CMCT de la OMS. Informe de la Secretaría del Convenio [Documento FCTC/COP/10/4]. Décima reunião da Conferência das Partes da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco; 20 a 25 de novembro de 2023. Genebra: OMS; 2023. Disponível em: <https://storage.googleapis.com/who-fctc-cop10-source/Main%20documents/fctc-cop10-4-es.pdf>.
29. González-Rozada M, Prieto-Lara E, Sandoval GA. Efeito de uma lei antifumo abrangente sobre a indústria do turismo em países da Comunidade do Caribe. Rev Panam Salud Publica. 2022;46:e146. Resumo disponível em português em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56463>. Artigo completo disponível em inglês em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56463/v46e1462022.pdf>.
30. Severini G, Sandoval RC, Sóñora G, Sosa P, Gutkowski P, Severini L, et al. Rumo a um mundo livre de fumo? A América do Sul tornou-se a primeira sub-região 100% livre de fumaça de tabaco nas Américas. Rev Panam Salud Publica. 5 de outubro de 2022;46:e103. Resumo disponível em português em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56453>. Artigo completo disponível em inglês em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56453/v46e1032022.pdf>.
31. Organização Mundial da Saúde. Relatório da OMS sobre a epidemia mundial do tabaco, 2021: enfrentar os produtos novos e emergentes. Genebra: OMS; 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/366516>.
32. Organização Pan-Americana da Saúde. Medidas urgentes são necessárias para proteger as crianças e os jovens dos cigarros eletrônicos. Washington, D.C.: OPAS; 14 de dezembro de 2023 [consultado em 19 de março de 2024]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/14-12-2023-medidas-urgentes-sao-necessarias-para-protger-criancas-e-os-jovens-dos>.
33. Organização Mundial da Saúde. Restricción de la comercialización digital en el contexto del tabaco, el alcohol, los alimentos y las bebidas, y los sucedáneos de la leche materna: enfoques y opciones normativas existentes. Genebra: OMS; 2024. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/376783>.
34. Organização Mundial da Saúde. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: directrices para la aplicación: Artículo 5.3, artículo 8, artículo 9, artículos 9 y 10, artículo 11, artículo 12, artículo 13, artículo 14. Edición 2013. Genebra: OMS; 2013. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/80516>.
35. Organização Mundial da Saúde. Empaquetado neutro del tabaco: actualización de estado global 2021. Genebra: OMS; 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/356921>.
36. Organização Pan-Americana da Saúde. Manual para desarrollar legislación para el control del tabaco. Washington, D.C.: OPAS; 2013. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/35008>.

37. Crosbie E, Gutkowski P, Severini G, Pizarro ME, Perez S, Albuquerque de Figueiredo B, *et al.* Progresso na adoção de proibições de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco nas Américas: lições do Uruguai e da Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 5 de outubro de 2022;46:e102. Resumo disponível em português em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56460>. Artigo completo disponível em inglês em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56460/v46e1022022.pdf>.
38. Campaign for Tobacco-Free Kids. Major tobacco control litigation victories. Washington, D.C.: Campaign for Tobacco-Free Kids; [data desconhecida; consultado em 19 de março de 2024]; Disponível em: <https://www.tobaccocontrollaws.org/litigation/major-litigation-decisions>.
39. García Gómez A, Macías Sánchez A, Villarreal Páez HJ. Efecto empobrecedor derivado del gasto en tabaco. Cidade do México: CIEP; outubro de 2022. Disponível em: <https://www.tobacconomics.org/research/the-impoverishing-effect-of-tobacco-expenditure-smoking-drives-households-into-poverty>.
40. Fuchs Tarlovsky A, Marquez PV, Dutta S, Gonzalez Icaza MF. Evidence on Public Health, Domestic Resource Mobilization, and Equity Improvements. Washington, D.C.: Grupo Banco Mundial; 2019. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/893811554737147697/Is-Tobacco-Taxation-Regressive-Evidence-on-Public-Health-Domestic-Resource-Mobilization-and-Equity-Improvements>.
41. Sandoval RC, Malik S, Roche M, Belausteguigoitia I, Morales-Zamora G. Lições aprendidas com o incentivo a impostos sobre o tabaco nas Américas e implicações para outros impostos de saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 31 de outubro de 2022;46:e188. Resumo disponível em português em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56602>. Artigo completo disponível em inglês em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56602/v46e1882022.pdf>.
42. Sandoval GA, Totanes R, David AM, Fu D, Bettcher D, Prasad V, *et al.* Análise de viabilidade de investimento na cessação do tabagismo: um estudo populacional em países de baixa e média renda. *Rev Panam Salud Publica*. 5 de outubro de 2022;46:e71. Resumo disponível em português em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56447>. Artigo completo disponível em inglês em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56447/v46e712022.pdf>.
43. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, Organização Mundial da Saúde. History of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control. Genebra: OMS; 2009. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/44244>.
44. Conferência das Partes da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Aplicación del artículo 19 del CMCT de la OMS: Responsabilidad [Decisão FCTC/COP10(13)]. Décima reunião (retomada) da Conferência das Partes da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco; 5 a 10 de fevereiro de 2024. Genebra: OMS; 2024. Disponível em: <https://storage.googleapis.com/who-fctc-cop10-source/Decisions/fctc-cop-10-13-es.pdf>.





## Projeto de resolução

### ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA FORTALECER O CONTROLE DO TABACO NA REGIÃO DAS AMÉRICAS 2025–2030

#### O 61º Conselho Diretor,

(PP1) Tendo examinado a *Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabaco na Região das Américas 2025–2030* (Documento CD61/10);

(PP2) Reconhecendo que o consumo de tabaco continua sendo uma das principais ameaças à saúde pública mundial e que, além de gerar uma grande carga social, econômica e ambiental para os países, exacerba a pobreza nos domicílios e aumenta as desigualdades;

(PP3) Considerando que, embora o cigarro convencional continue sendo o produto de tabaco mais consumido, o consumo de cigarros eletrônicos está aumentando entre a população infantil e adolescente em alguns países;

(PP4) Reconhecendo que existem muitas evidências e consenso internacional sobre como se deve combater a epidemia de tabagismo e o vício em nicotina de forma custo-efetiva por meio da implementação dos mandatos da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) da Organização Mundial da Saúde (OMS), do *Protocolo para eliminar o comércio ilícito de produtos de tabaco* (o Protocolo), das decisões adotadas pela Conferência das Partes da CQCT e pela Reunião das Partes do Protocolo, da orientação do pacote de medidas MPOWER da OMS e das melhores opções para prevenção e controle de doenças não transmissíveis;

(PP5) Reconhecendo que existem diversas circunstâncias que têm dificultado a implementação, em âmbito nacional, dos mandatos e compromissos nacionais e internacionais assumidos pelos Estados Membros para abordar o tema, mas destacando que o desafio comum e mais importante enfrentado por todos os países é a interferência da indústria do tabaco e daqueles que trabalham para defender seus interesses;

(PP6) Reconhecendo que o objetivo desta estratégia e plano de ação é acelerar a implementação da CQCT na Região das Américas por parte de todos os Estados Membros, sejam ou não Estados Partes da Convenção;

(PP7) Observando que o *Plano de ação global para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis 2013–2020* e a *Estratégia mundial para acelerar o controle do tabaco promovendo o desenvolvimento sustentável pela aplicação da CQCT da OMS 2019–2025* foram estendidos até 2030

devido aos desafios trazidos pela pandemia de COVID-19 e a fim de garantir a coerência e a harmonização com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável,

**Resolve:**

(OP)1. Aprovar a *Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabaco na Região das Américas 2025–2030* (Documento CD61/10).

(OP)2. Instar os Estados Membros, levando em consideração seus contextos, necessidades, vulnerabilidades e prioridades, a:

- a) promover a implementação dos objetivos e indicadores contidos na *Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabaco na Região das Américas 2025–2030*;
- b) priorizar a adoção de medidas legais integrais referentes a ambientes livres de fumaça de tabaco e emissões, advertências sanitárias e embalagem padronizada, bem como a proibição total da publicidade, promoção e patrocínio dos produtos de tabaco, em conformidade com sua constituição ou princípios constitucionais e adaptando-se às novas realidades digitais e abrangendo tanto os produtos de tabaco convencionais quanto os produtos emergentes;
- c) fortalecer o uso da política tributária aplicada sobre o tabaco como um meio para reduzir a acessibilidade financeira de produtos nocivos à saúde, desestimulando o consumo principalmente em grupos de menor renda e permitindo que os Estados Membros disponham de uma fonte adicional de receitas que podem ser utilizadas para fortalecer programas de saúde e bem-estar social;
- d) fortalecer os serviços de atenção primária à saúde a fim de aumentar a cobertura, o acesso, a disponibilidade e a qualidade dos serviços de tratamento para abandonar o consumo de produtos de tabaco, no contexto da construção de sistemas de saúde mais fortes e resilientes no período pós-pandemia de COVID-19;
- e) considerar a ratificação da CQCT e do Protocolo, a fim de assumir obrigações legalmente vinculantes que protejam o direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir;
- f) fortalecer as medidas nacionais e a cooperação internacional para eliminar o comércio ilícito de produtos de tabaco;
- g) opor-se às tentativas da indústria do tabaco e de seus grupos aliados de interferir, atrasar, dificultar ou impedir a implementação de medidas de controle do tabaco e do vício em nicotina voltadas para a proteção da saúde pública da população;
- h) fortalecer seus sistemas nacionais de vigilância para avaliar não apenas a prevalência do consumo de tabaco e nicotina, mas também a efetividade das medidas implementadas, e obter informações desagregadas por sexo, gênero, etnia e outros fatores, incluindo dados de consumo na medida do possível, utilizando essas informações para criar intervenções com base em evidências voltadas para a redução das disparidades;
- i) levar em consideração o impacto ambiental do tabaco, bem como a necessidade de fortalecer os regimes de responsabilidade da indústria do tabaco, assegurando o respeito e a proteção dos direitos humanos de todas as pessoas.

(OP)3. Solicitar ao Diretor que:

- a) forneça apoio aos Estados Membros para o fortalecimento de capacidades nacionais que contribuam para a implementação desta estratégia e plano de ação e para a consecução de seus objetivos;
- b) promova o intercâmbio de informações entre os Estados Membros e as parcerias com outras organizações internacionais e instâncias sub-regionais, bem como com membros da sociedade civil e da comunidade acadêmica em âmbito nacional e internacional, incluindo a mobilização de recursos humanos e financeiros para apoiar a implementação desta estratégia e plano de ação;
- c) informe periodicamente aos Órgãos Diretores da Organização Pan-Americana da Saúde sobre os avanços obtidos e os desafios enfrentados na implementação da estratégia e plano de ação, por meio de uma revisão intermediária em 2028 e um relatório final em 2031.



## Formulário analítico: implicações programáticas e financeiras

**1. Tema da agenda:** 4.7 - Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabaco na Região das Américas 2025–2030

**2. Unidade responsável:** Fatores de Risco e Nutrição, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental

**3. Preparado por:** Dr. Anselm Hennis e Dra. Rosa Carolina Sandoval

**4. Lista de centros colaboradores e instituições nacionais vinculados a este tema da agenda**

- Centro colaborador da OMS para elaboração de políticas de controle do tabaco (USA-302)
- Centro colaborador da OMS para vigilância e avaliação do controle do tabaco (USA-307)
- Centro colaborador da OMS para o controle do tabaco (BRA-54)

**5. Vínculo entre este tema da agenda e a [Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018–2030](#):**

A estratégia e plano de ação contribuirá para grande parte dos objetivos e metas da Agenda, mas ganha destaque, em especial, sua contribuição para o Objetivo 9: “Reduzir a morbidade, a incapacidade e a mortalidade decorrentes de doenças não transmissíveis, lesões, violência e transtornos de saúde mental”.

**6. Vínculo entre este tema da agenda e o [Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2020–2025](#):**

Esta estratégia e plano de ação está em consonância com as prioridades regionais mais importantes estabelecidas pelos Estados Membros, detalhadas no Anexo C do Plano Estratégico da OPAS 2020–2025, mais especificamente, com as prioridades referentes ao acesso a serviços de saúde para doenças não transmissíveis (DNTs) e problemas de saúde mental (primeira prioridade no grupo de nível mais alto) e aos fatores de risco das DNTs (segunda prioridade no grupo de nível mais alto), considerando que o consumo de tabaco é o principal fator de risco prevenível das DNTs.

Concretamente, as medidas propostas contribuirão para os seguintes resultados intermediários:

Resultado intermediário 5. Acesso a serviços de saúde para DNTs e problemas de saúde mental. Ampliação do acesso equitativo a serviços de saúde integrais e de qualidade visando a prevenção, a vigilância, a detecção precoce, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos no caso de DNTs e problemas de saúde mental. Resultado intermediário 13. Fatores de risco das DNTs. Redução dos fatores de risco das DNTs ao abordar os determinantes da saúde por meio da ação intersectorial.

**7. Cronograma de implementação e avaliação:**

Esta estratégia e plano de ação abrange o período 2025–2030. Uma revisão intermediária será elaborada e apresentada aos Órgãos Diretores da OPAS em 2028, e um relatório final será apresentado em 2031.

**8. Repercussões financeiras:**

- a) **Custo total estimado da implementação da resolução durante todo o período de vigência (incluindo gastos com pessoal e atividades):**

Áreas	Custo estimado
Recursos humanos	1 356 000
Capacitação	180 000
Consultores/contrato de serviços	360 000
Viagens e reuniões	150 000
Publicações	40 000
Materiais e outros gastos	120 000
<b>Total</b>	<b>2 206 000</b>

- b) **Custo estimado para o biênio 2024–2025 (incluindo gastos com pessoal e atividades):**

O custo estimado para 2025 é de US\$ 316 000.

- c) **Do custo estimado no item b), que parcela poderia ser absorvida por atividades programadas já existentes?**

Os valores estimados no item b) poderiam ser absorvidos por contribuições voluntárias já existentes (até 60%), bem como por esforços de mobilização de recursos.