



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 48º CONSELHO DIRETOR

### 60ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 29 de setembro a 3 de outubro de 2008

---

*Tema 4.8 da agenda provisória*

CD48/12 (Port.)  
21 de agosto de 2008  
ORIGINAL: ESPANHOL

### CONVÊNIO BÁSICO DA OMS PARA CONTROLE DO TABACO: OPORTUNIDADES E DESAFIOS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO NA REGIÃO DAS AMÉRICAS

#### **Justificação**

1. De todas as regiões da Organização Mundial da Saúde (OMS), a Região das Américas é a que tem a menor porcentagem (68%)\* de Estados Membros que ratificaram o Convênio Básico da OMS para o Controle do Tabaco (CMCT OMS).<sup>1</sup> Nas outras regiões a porcentagem de Estados Partes do Convênio vai de 76% em AFRO a 100% em WPRO.\* O nível de implementação das medidas contidas no Tratado mostrou um avanço lento.

#### **Antecedentes**

2. O tabaco, principal causa de morte evitável no mundo,<sup>2</sup> é responsável por cerca de um milhão de mortes por ano nas Américas. É fator de risco para seis das oito principais causas de morte e o único produto legal que mata entre um terço e metade dos usuários que o consomem da forma indicada pelos fabricantes. O tabaco não prejudica somente os fumantes; existe suficiente evidência científica de que a exposição secundária à fumaça de tabaco é causa de doenças e morte em não fumantes.

3. Segundo a Pesquisa Mundial de Tabagismo em Jovens,<sup>3</sup> a porcentagem de adolescentes de 13 a 15 anos que consomem tabaco em muitos países da Região chega a

---

\* Em 8 de agosto de 2008.

<sup>1</sup> O texto completo do CMCT está disponível em: [http://www.who.int/tobacco/framework/WHO\\_ftc\\_spanish.pdf](http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_ftc_spanish.pdf).

<sup>2</sup> WHO Report on the global tobacco epidemic 2008. The MPOWER package. pág 8.

<sup>3</sup> “Jóvenes y Tabaco en América Latina y el Caribe. Resultados de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes”. [http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/RA/emtj\\_spa2\\_06062006.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/RA/emtj_spa2_06062006.pdf).

cerca de 20%. Ainda mais preocupante é que uma percentagem dos adolescentes não fumantes indica que “definitivamente” ou “provavelmente” fumaria no ano seguinte ou se um amigo lhe oferecesse um cigarro. Se a isto somarmos a intensa publicidade da indústria tabagista, enfocada principalmente na juventude, vemos que o futuro dos jovens na Região está seriamente ameaçado.

4. O uso do tabaco se estendeu no mundo e continuará se estendendo, sobretudo nos países em desenvolvimento, graças a uma combinação de preços baixos, publicidade constante e agressiva, falta de conhecimento da população em geral sobre a magnitude do dano causado pelo tabaco e inconsistência das políticas públicas para seu controle. O CMCT OMS foi elaborado precisamente em resposta a esta globalização da epidemia do tabagismo.

#### **Análise: situação do CMCT OMS na região**

5. O CMCT OMS é o primeiro tratado internacional de saúde pública negociado sob os auspícios da OMS. Entrou em vigor e adquiriu caráter vinculante em 27 de fevereiro de 2005, 90 dias depois que o 40º país o ratificou. Até agora, 157 países\* o ratificaram em todo o mundo, 24 deles pertencentes à Região das Américas.<sup>4</sup> Todavia, 11 países da Região das Américas ainda não o ratificaram: Argentina, Bahamas, Costa Rica<sup>5</sup>, Cuba, El Salvador, Estados Unidos da América, Haiti, República Dominicana, Saint Kitts e Nevis, São Vicente e Granadinas e Suriname.

6. Em relação à implementação das medidas do CMCT,<sup>6</sup> nos últimos anos houve avanços significativos na aprovação de medidas sobre o empacotamento e etiquetagem de produtos de tabaco (Art. 11 do CMCT OMS). Nos últimos três anos, alguns países, como Chile, Jamaica, Panamá, Uruguai e Venezuela proibiram o uso de termos enganosos como “light” ou “suaves”, que dão a impressão falsa de que um produto de tabaco é menos nocivo que outro e estabeleceram que as advertências devem ocupar pelo menos 30% da superfície dos pacotes. Estes países se somaram ao Brasil e Canadá, países pioneiros que contam com este tipo de regulamentação há muitos anos. Outros países, como o Equador e México, avançaram na regulamentação deste tema, embora ainda não cumpram totalmente as normas do CMCT OMS. Este artigo termina três anos após a entrada em vigor do CMCT OMS para cada Estado Parte. Para a grande maioria dos países da Região, esse prazo termina entre 2008 e 2009.

---

<sup>4</sup> <http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/en/index.html>.

<sup>5</sup> A ratificação foi aprovada pelo Congresso e está pendente o depósito do instrumento de ratificação nas Nações Unidas.

<sup>6</sup> WHO Report on the global tobacco epidemic 2008. The MPOWER Package, pág. 8; e questionários GTCR.

7. Também houve avanços na criação de ambientes livres da fumaça de tabaco. Panamá e Uruguai são os únicos países da Região totalmente livre da fumaça de tabaco em espaços interiores, tendo proibido por lei o fumar em todos os lugares públicos e de trabalho, incluindo bares e restaurantes. Em nível subnacional, Canadá e Estados Unidos da América estão muito avançados neste aspecto, de forma que no momento 80% da população canadense e 50% da população norte-americana vivem em jurisdições livres da fumaça de tabaco. O mesmo ocorre nas províncias de Córdoba, Santa Fé e Tucumán, na Argentina.

8. Em contraste, uma medida altamente efetiva na qual não houve ainda avanços significativos na Região, consiste em aumentar os impostos sobre o tabaco e estabelecer que a arrecadação dos mesmos tenha fins específicos, como, por exemplo, programas de controle do tabaco, prevenção de doenças crônicas ou promoção da saúde. Até agora, somente um Estado Membro aplica impostos sobre o tabaco que representam mais de dois terços (66%) do preço final de venda ao público e os Estados que estabeleceram fins específicos para os impostos sobre os produtos de tabaco são minoria.

9. A partir de 2007 a Bloomberg Philantropies lançou a Iniciativa Mundial Bloomberg para reduzir o uso de tabaco, enfocada aos 15 países com maior número absoluto de fumantes. Os países participantes na Região são Brasil e México. Esta é uma excelente oportunidade para poder avançar a agenda controle de tabaco nestes dois países.

10. Como parte da Iniciativa Bloomberg, no início deste ano, a OMS lançou o pacote de medidas MPOWER,<sup>7</sup> que proporciona um guia claramente definido para ajudar os países a cumprir as obrigações assumidas em virtude do CMCT e para que todos os países, independentemente de sua condição de Parte ou Não Parte, combatam a epidemia de tabagismo e preservando milhões de vidas humanas.

### **O pacote de seis medidas essenciais do CMCT OMS e o guia definido pelo MPOWER**

- a) *Conhecer a evolução da epidemia e das políticas para combatê-la: implementar sistemas de vigilância e monitoramento e uma unidade de coordenação nacional.* Isto é fundamental para que os governos, os líderes de opinião e a sociedade civil possam formular políticas de controle do tabaco, criar capacidade para a efetiva implementação e cumprimento dessas políticas e controlar a eficácia das mesmas.

---

<sup>7</sup> WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER Package. <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/> **MPOWER**: acrônimo em inglês das seis medidas essenciais para o controle do tabaco. **Monitor** = Monitoramento do uso de tabaco e das políticas de prevenção; **Protect** = Proteger a população da fumaça de tabaco alheia; **Offer** = Oferecer ajuda para deixar de fumar; **Warn** = Advertir sobre os perigos do tabaco; **Enforce** = Fazer cumprir as proibições da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco; **Raise**= Aumentar os impostos sobre o tabaco.

Os bons sistemas de monitoramento devem acompanhar vários indicadores, incluindo:

- prevalência do uso de tabaco;
- impacto da implementação das medidas;
- marketing e lobby da indústria de tabaco.

b) *Proteger a população da fumaça de tabaco: Proibir o fumo em todos os ambientes fechados públicos e de trabalho.* A evidência científica mostra que não existe um nível seguro de exposição à fumaça de tabaco alheia. A Conferência das Partes (COP) do CMCT,<sup>8</sup> a Agência Internacional para a Pesquisa sobre o Câncer da OMS,<sup>9</sup> o Diretor Geral da Saúde dos EUA<sup>10</sup> e o Comitê Científico sobre Tabaco ou Saúde do Reino Unido<sup>11</sup> concordam em que a exposição à fumaça de tabaco alheia contribui para uma ampla variedade de doenças em adultos e crianças, incluindo doenças cardíacas, câncer e síndrome de morte súbita do recém-nascido. A única medida efetiva para proteger a população da fumaça de tabaco alheia é a proibição total do consumo de tabaco em lugares públicos e lugares de trabalho fechados. Nem a ventilação, nem a separação entre fumantes e não fumantes em lugares compartilhados são efetivas. Neste sentido, a OMS e a COP delinearão recomendações<sup>12</sup> e diretrizes<sup>13</sup> específicas para a implementação desta medida. Cada vez é maior a quantidade de evidência científica que mostra rápidos benefícios para a saúde como resultado dos ambientes livres de fumaça de tabaco, fundamentalmente no que se refere à diminuição da incidência de eventos cardiovasculares agudos e problemas respiratórios.<sup>14 15</sup> Por último, é importante destacar que, ao contrário do que afirma a indústria tabagista, estas medidas não geram um impacto negativo benefício comercial de bares e restaurantes.<sup>16</sup>

<sup>8</sup> [http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC\\_COP2\\_17P-en.pdf](http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_17P-en.pdf) (último acesso: 7 de abril de 2008).

<sup>9</sup> <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf> (último acesso: 7 de abril de 2008).

<sup>10</sup> <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf> (último acesso: 7 de abril de 2008).

<sup>11</sup> [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4101475.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4101475.pdf) (último acesso: 7 de abril de 2008).

<sup>12</sup> [http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/pol\\_recommendations/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/pol_recommendations/en/index.html) (último acesso: maio de 2008).

<sup>13</sup> [http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC\\_COP2\\_7-sp.pdf](http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_7-sp.pdf) (último acesso: maio de 2008).

<sup>14</sup> Patrick Goodman<sup>1</sup>, Michelle Agnew<sup>2</sup>, Marie McCaffrey<sup>3</sup>, Gillian Paul<sup>4</sup>, and Luke Clancy<sup>5</sup> Effects of the Irish Smoking Ban on Respiratory Health of Bar Workers and Air Quality in Dublin Pubs AJRCCM Articles in Press. Published on January 4, 2007 as doi:10.1164/rccm.200608-1085OC.

<sup>15</sup> Carl Bartecchi, Robert N. Alsever, Christine Nevin-Woods, William M. Thomas, Raymond O. Estacio, Becki Bucher Bartelson e Mori J. Krantz Reduction in the Incidence of Acute Myocardial Infarction Associated With a Citywide Smoking Ordinance DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.615245.

<sup>16</sup> Scollo M et al. Review of the quality of studies on the economic effects of the Smoke Free policies on the hospitality industry. Tob. Control 2003, 14 (2):73-74.

- c) *Ajudar quem quer deixar de consumir tabaco: Oferecer serviços de cessação do tabagismo.* A nicotina contida no tabaco é uma droga que causa muita dependência. Entre os fumantes que estão conscientes dos danos, três de cada quatro querem deixar de fumar, mas, como sucede com a maioria das dependências, para a maioria é difícil consegui-lo. Embora a prevenção seja fundamental, devemos lembrar que a maior carga de mortalidade no curto e médio prazo ocorrerá atualmente nos que são fumantes. Por esta razão, um programa de controle do tabaco deve contemplar três tipos de intervenções:
- aconselhamento para a cessação do tabagismo incluído nos serviços primários de saúde;
  - linhas telefônicas facilmente acessíveis e gratuitas para cessação;
  - acesso a terapias farmacológicas com baixo custo.
- d) *Advertir a população sobre os perigos do tabaco: Estabelecer advertências gráficas de saúde enérgicas.* Muitas pessoas desconhecem de que não existe um nível mínimo de consumo de tabaco que não seja prejudicial à saúde, já que este não é o caso em outras condutas de risco. A maioria dos consumidores de tabaco somente identificam o câncer de pulmão como doença associada ao tabagismo e ignoram sua relação com outras doenças como infarto do miocárdio, doença respiratória crônica e outros tipos de câncer. Para a indústria do tabaco, a embalagem é um importante meio de comunicação com seus clientes, tanto mais importante quanto mais restrita for a publicidade e promoção. A experiência em países como Brasil e Canadá, que adotaram os pictogramas há muitos anos, demonstra que mais da metade dos fumantes em ambos os países pensaram mais ou mudaram sua atitude em relação às conseqüências do fumo para a saúde por causa das advertências. No Brasil 67% dos fumantes afirmam que as advertências os fizeram pensar em deixar de fumar e no Canadá 27% dos fumantes fumam menos em suas casas ao tomarem mais consciência dos danos aos outros.<sup>17</sup>
- e) *Proteger a população da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco.* Vender um produto que mata até metade de seus consumidores requer uma habilidade de marketing extraordinária. Publicamente, a indústria tabagista afirma que seus esforços de marketing não estão dirigidos a atrair novos consumidores, mas a ganhar maiores porções do mercado, o que é claramente desmentido por seus próprios documentos internos divulgados por ordem judicial. A mensagem do Dia Mundial Sem Tabaco deste ano se concentra justamente nisso: “romper a rede de promoção dos produtos de tabaco” a fim de proteger os jovens desta ameaça. Para serem efetivas, as proibições devem ser amplas, incluindo todo tipo de publicidade, promoção e patrocínio por qualquer meio. Estudos realizados em

---

<sup>17</sup> [http://www.paho.org/spanish/ad/sde/ra/tab\\_paq\\_principal.htm](http://www.paho.org/spanish/ad/sde/ra/tab_paq_principal.htm) (último acesso: maio de 2008).

âmbito nacional mostram que, com uma proibição ampla da publicidade do tabaco, o consumo cai até 16%.<sup>18 19 20</sup>

- f) *Diminuir a acessibilidade do tabaco principalmente para os jovens: aumentar os impostos.* O aumento dos impostos sobre o tabaco é uma das formas mais efetivas para diminuir o uso de tabaco, especialmente entre os jovens e as pessoas mais pobres. Destinar a arrecadação desses impostos a programas de controle do tabaco e/ou outros programas sociais ou de saúde aumenta ainda mais sua popularidade e contrabalança qualquer efeito ‘recessivo’ que se queira atribuir à medida. No passado pensava-se que, pelo fato de o tabaco causar dependência, os fumantes continuariam fumando em igual medida independentemente do preço do produto. Todavia, cada vez mais estudos demonstram que a demanda de tabaco é fortemente influenciada pelos preços. Em geral pode-se dizer que nos países de renda média e baixa um aumento de 10% no preço gerará uma queda do consumo de 8%. Esta queda do consumo, ao contrário do que afirma a indústria do tabaco, não chega a diminuir a arrecadação fiscal. Tampouco o aumento de preços necessariamente aumenta o contrabando desses produtos.<sup>21</sup> Isto foi comprovado em vários países do mundo, incluindo estudos em ao menos seis países das Américas.<sup>22</sup>

### **Intervenção do Conselho Diretor**

11. Solicita-se ao Conselho Diretor que, uma vez examinado o relatório, considere as recomendações formuladas pelo Comitê Executivo em sua 142<sup>a</sup> sessão, na resolução CE142.R11 (ver anexo B).

### **Anexos**

---

<sup>18</sup> Smee C et al. Effect of tobacco advertising on tobacco consumption : a discussion document reviewing the evidence. Londres. Economic and Operational Research Division, Department of Health, 1992. Citado em WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER Package. <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>.

<sup>19</sup> Country profiles. Fifth WHO seminar for a Tobacco-Free Europe. WHO Regional Office for Europe, Varsóvia, 26-28 de outubro de 1995. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. Citado em The MPOWER Package. <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>.

<sup>20</sup> Jha, P, Chaloupka FJ. Curbing the Epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington DC, Banco Mundial, 1999 . Citado em WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER Package. <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>.

<sup>21</sup> Curbing the epidemic. op. cit. Capítulo 4.

<sup>22</sup> [http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/RA/tab\\_estudios\\_Mercosur.htm](http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/RA/tab_estudios_Mercosur.htm) (Último acesso: 7 de abril de 2008).



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
*Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da*  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

CD48/12 (Port.)  
Anexo A

**FORMULÁRIO ANALÍTICO PARA VINCULAR TEMAS DA AGENDA  
A ÁREAS DA ORGANIZAÇÃO**

<b>1. Tema da agenda:</b> 4.8	<b>2. Título na agenda:</b> Convênio Básico da OMS para Controle do Tabaco: oportunidades e desafios para sua implementação na Região das Américas
<b>3. Unidade Responsável:</b> SDE, Equipe de Controle do Tabaco	
<b>4. Preparado Por:</b> Adriana Blanco e Rosa Sandoval	
<b>5. Lista dos centros colaboradores e instituições nacionais vinculados a este tema da agenda:</b>  <ol style="list-style-type: none"><li>1. Escola de Saúde Pública Bloomberg da Universidade Johns Hopkins, Instituto para o Controle Mundial do Tabaco (Estados Unidos)</li><li>2. Universidade da Califórnia em San Francisco, Centro para o Controle, Pesquisa e Educação com respeito ao Tabaco (Estados Unidos)</li><li>3. Centros para o Controle e Prevenção de Doenças, Escritório de Tabagismo e Saúde (Estados Unidos)</li><li>4. Instituto Nacional de Câncer (INCA) (Brasil)</li></ol> Outros associados: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Bloomberg Philanthropies por meio da Iniciativa "Livrar-se do tabaco" da OMS</li><li>2. A Campanha Crianças sem Tabaco e a Associação Mundial do Pulmão (associados da OMS na execução da Iniciativa Mundial Bloomberg para reduzir o consumo de tabaco)</li></ol>	
<b>6. Conexão entre o tema da agenda e agenda para saúde das Américas:</b>  Áreas de ação: Uma Agenda de Saúde para as Américas:  Principalmente: - Ponto e), parágrafos 58 e 59  Também - Ponto a), parágrafos 36 e 37 - Ponto b), parágrafos 40 e 41	
<b>7. Conexão entre o tema da agenda e o Plano estratégico 2008-2012:</b>  Principalmente: OE 6.3 (6.3.1, 6.3.2, 6.3.3, 6.3.4) OE 6.2 (6.2.3) OE 6.1 (6.1.1) OE 3.6 (3.6.5)	

Também

OE 2.6 (2.6.1)

**OE 8.2 (8.2.1)**

**8. Boas práticas nesta área e exemplos de outros países dentro do AMRO:**

1. 23 Estados Membros ratificaram o Convênio Básico da OMS para o Controle do Tabaco.
2. Alguns países conseguiram um avanço importante na execução de suas disposições:
  - a. Uruguai implantou ambientes sem fumaça de tabaco, empacotamento e rotulação dos produtos de tabaco e proibições relacionadas com a publicidade, promoção e patrocínio.
  - b. Brasil aplicou medidas quanto ao empacotamento e rotulação dos produtos de tabaco, proibições relacionadas com a publicidade, promoção e patrocínio e criou uma unidade de coordenação nacional para o controle do tabaco.
  - c. Canadá e Estados Unidos implantaram ambientes sem fumaça de tabaco (embora no âmbito estadual) e Canadá aplicou medidas quanto ao empacotamento e rotulação dos produtos de tabaco.
  - d. Chile, Jamaica e Panamá executaram medidas quanto ao empacotamento e rotulação dos produtos de tabaco.
  - e. Algumas províncias da Argentina (Santa Fe, Córdoba e Tucumán) implantaram ambientes sem fumaça de tabaco.

**9. Implicações financeiras do tema da agenda:**

1. Los ministerios de salud deberán asignar fondos para establecer una unidad mínima o un punto focal (de tiempo completo) para trabajar exclusivamente en el control del tabaco y en la ejecución de los mandatos impuestos por el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.
2. Los fondos necesarios pueden provenir de un aumento en los impuestos al tabaco que se destine a este fin. Se trata de una situación beneficiosa: se reduce el consumo de tabaco y se obtienen fondos para fortalecer el control del tabaco.
3. Por conducto de la OMS se están movilizando recursos suplementarios que se agregarán a los ya incluidos en el presupuesto bienal 2008-2009 y en el plan estratégico para el período 2008-2012.





ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



# 142ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 23-27 de junho de 2008

---

CD48/12 (Port.)  
Anexo B

ORIGINAL: ESPANHOL

## **RESOLUÇÃO**

### **CE142.R11**

#### **CONVENÇÃO BÁSICA DA OMS SOBRE CONTROLE DO TABACO: OPORTUNIDADES E DESAFIOS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO NAS AMÉRICAS**

##### ***A 142ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo analisado o documento apresentado pela Diretora, *Convenção Básica da OMS para o Controle do Tabaco: oportunidades e desafios para sua implementação na Região das Américas* (documento CE142/23);

Reconhecendo que a evidência científica demonstra inequivocamente que o consumo de tabaco e a exposição à fumaça do tabaco são causas de mortalidade, morbidade e deficiência e conscientes da carga que isso impõe às famílias e aos sistemas de saúde nacionais;

Profundamente preocupados com o início do consumo de um produto que causa dependência como o tabaco numa idade cada vez menor, assim como pela alta prevalência do tabagismo nos adolescentes dos países da Região, e especialmente preocupados com o aumento desproporcional do tabagismo entre as adolescentes em alguns países da América Latina;

Reconhecendo que existem iniciativas bem-sucedidas na Região com respeito ao controle do tabaco; e

Levando em conta que, embora tenha havido conquistas importantes em alguns países, este progresso não é uniforme na Região e é necessário que os países que ainda não o fizeram considerem a conveniência de tomar as medidas necessárias para ratificar o Convenção, e que os Estados Partes da Convenção continuem avançando a fim de incorporar as medidas da Convenção em sua legislação nacional;

**RESOLVE:**

Recomendar ao Conselho Diretor a adoção de uma resolução redigida nos seguintes termos:

***O 48º CONSELHO DIRETOR,***

Tendo analisado o documento apresentado pela Diretora, *Convênio Básico da OMS para Controle do Tabaco: oportunidades e desafios para sua implementação na Região das Américas* (documento CD48/12);

Reconhecendo que a evidência científica demonstra inequivocamente que o consumo de tabaco e a exposição à fumaça do tabaco são causas de mortalidade, morbidade e deficiência e conscientes da carga que isso impõe às famílias e aos sistemas de saúde nacionais;

Profundamente preocupados com o início do consumo de um produto que causa dependência como o tabaco numa idade cada vez menor, assim como pela alta prevalência do tabagismo nos adolescentes dos países da Região, e especialmente preocupados com o aumento desproporcional do tabagismo entre as adolescentes em alguns países da América Latina;

Reconhecendo que existem iniciativas bem-sucedidas na Região com respeito ao controle do tabaco; e

Levando em conta que, embora tenha havido conquistas importantes em alguns países, este progresso não é uniforme na Região e é necessário que os países que ainda não o fizeram considerem a conveniência de tomar as medidas necessárias para ratificar o Convenção, e que os Estados Partes da Convenção continuem avançando a fim de incorporar as medidas da Convenção em sua legislação nacional;

**RESOLVE:**

1. Instar os Estados Membros:

- a) a que considerem a ratificação da Convenção Básica da OMS para o Controle do Tabaco se ainda não o tiverem feito e, independentemente de sua condição de Parte ou não Parte da Convenção, considerem a conveniência de implementar, segundo corresponda, o pacote de seis medidas essenciais contidas no MPOWER da OMS;
  - b) a que compartilhem experiências bem-sucedidas com respeito à ratificação e implementação pelos Estados Partes das medidas da Convenção por meio dos organismos existentes, como a Secretaria da Convenção;
  - c) a que, nos casos correspondentes, criem ou fortaleçam uma unidade coordenadora nacional a cargo da coordenação necessária entre os ministérios e dentro deles para a implementação da Convenção, como se descreve no artigo 5, Obrigações Gerais, da Convenção Básica da OMS para o Controle do Tabaco;
  - d) a que estimulem a inclusão do tema do controle do tabaco na agenda dos organismos de integração sub-regional e participem ativamente da Rede Ibero-Americana de Controle do Tabaco e das redes de língua inglesa existentes;
  - e) a que aproveitem as novas oportunidades de financiamentos por parte de doadores privados a fim de prestar apoio às iniciativas de controle do tabaco na Região.
2. Solicitar à Diretora:
- a) que apóie a articulação de parcerias intersetoriais e o apelo a parceiros financeiros internacionais para que apóiem a implementação da Convenção Básica da OMS para o Controle do Tabaco e, especificamente, o pacote de seis medidas essenciais, MPOWER da OMS, em todos os países da Região, segundo corresponda, independentemente de sua condição de Parte ou não Parte da Convenção.

*(Nona reunião, 27 de junho de 2008)*



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## **48º CONSELHO DIRETOR**

### **60ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL**

Washington, D.C., EUA, 29 de setembro a 3 de outubro de 2008

CD48/12 (Port.)  
Anexo C

### **Relatório sobre as implicações financeiras e administrativas para a Secretaria das resoluções propostas para adoção pelo Conselho Diretor**

<b>1. Resolução:</b> Convênio Básico da OMS para Controle do Tabaco: oportunidades e desafios para sua implementação na Região das Américas
<b>2. Relação com o orçamento por programas</b>  <b>Área de trabalho:</b> SDE <b>Resultados previstos:</b> OE6
<b>3. Repercussões financeiras:</b> A execução das medidas propostas não tem repercussões financeiras novas, a menos que os Estados Membros solicitem que a Repartição tenha uma participação mais ativa com respeito ao controle do tabaco.  a) <b>Custo total estimado de implementação da resolução durante a sua vigência (arredondado para os US\$ 10.000 mais próximos; inclui pessoal e atividades):</b> b) <b>Custo estimado para o biênio 2006-2007 (arredondado para os US\$ 10.000 mais próximos; inclui pessoal e atividades):</b> c) <b>Do custo estimado em (b), o que pode ser incluído nas atividades já programadas?</b>
<b>4. Repercussões administrativas</b>  a) <b>Âmbitos de aplicação (indicar em que nível da Organização seriam tomadas medidas e em que sub-regiões, se for o caso):</b> b) <b>Necessidades adicionais de pessoal (indicar as necessidades adicionais no equivalente de cargos a tempo integral, indicando o perfil desse pessoal):</b>  Não há necessidades adicionais de pessoal para a execução das medidas propostas, a menos que os Estados Membros solicitem que a Repartição tenha uma participação mais ativa com respeito ao controle do tabaco.  c) <b>Prazos (indicar prazos amplos para as atividades de aplicação e avaliação) :</b> Fim do biênio 2008-2009.