



# Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: adesão e implantação na América Latina

Leonardo Henriques Portes<sup>1</sup> e Cristiani Vieira Machado<sup>1</sup>

**Como citar** Portes LH, Machado CV. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: adesão e implantação na América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(5):370-9.

**RESUMO** **Objetivo.** Traçar o panorama de adesão mundial à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) e descrever a implantação das medidas preconizadas pela CQCT em países latino-americanos.

**Métodos.** Este estudo descritivo baseou-se em análise de dados secundários para determinar o status de adesão, no ano de 2015, dos países das seis regiões definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) à CQCT. Depois disso, realizou-se um mapeamento da implantação, até o ano de 2012, das medidas preconizadas pela CQCT no total de Estados Partes e particularmente em 12 Estados Partes latino-americanos. Finalmente, Brasil, Chile, Colômbia, México e Venezuela foram avaliados quanto ao grau de implantação da CQCT (incipiente, intermediária e avançada). Foram consideradas neste passo medidas englobadas por quatro eixos – redução da demanda por tabaco, redução da oferta de tabaco, redução dos danos ao ambiente e à saúde das pessoas causados pelo tabaco e apoio ao abandono do tabaco.

**Resultados.** Até agosto de 2015, 180 países haviam ingressado no rol de Estados Partes da CQCT. Considerando os 126 países que enviaram relatórios de progresso global da implantação no ciclo de 2012, as medidas mais prevalentes adotadas referiam-se à proteção contra a exposição à fumaça do tabaco (83,0% para o total de países e 100% para o conjunto de países latino-americanos). Entre os cinco países selecionados para análise detalhada, as medidas destinadas à redução da demanda e da oferta do tabaco foram as mais frequentes. As medidas relacionadas à redução de danos ao ambiente foram raras. Brasil e México apresentaram a situação mais avançada de implantação entre os países estudados.

**Conclusões.** A América Latina apresentou uma alta proporção de Estados Partes que implantaram as medidas preconizadas pela CQCT. A heterogeneidade da situação de implantação nos cinco países selecionados sugere que as políticas de controle de tabaco são condicionadas por particularidades nacionais.

**Palavras-chave** Nicotina; política de saúde; política antifumo; tabagismo; tabaco; América Latina.

O tabagismo é um grave problema de saúde pública, sendo o fumo e a exposição passiva à fumaça do tabaco importantes fatores de risco para a morbimortali-

dade mundial. Além disso, a prevalência de fumantes é expressiva, correspondendo a cerca de 820 milhões de homens e 176 milhões de mulheres (1). Em 2013, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu a redução em 30% da prevalência do uso de tabaco entre 2010 e 2025

como uma das metas globais para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (2, 3).

Nesse cenário, diversas políticas de controle do tabaco vêm sendo implantadas mundialmente, merecendo destaque a Convenção-Quadro para o Controle do

<sup>1</sup> Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Correspondência: Leonardo Henriques Portes, leo.portes@yahoo.com.br

Tabaco (CQCT). Desde 2005, a CQCT estabelece medidas relacionadas à redução da demanda e da oferta do tabaco, à proteção ambiental contra os danos do tabaco e à elaboração de leis acerca de responsabilidade penal e civil da indústria do tabaco. Também são previstas medidas referentes à cooperação científica e técnica e ao intercâmbio de informações entre países (4). A OMS vem reforçando outras diretrizes que visam a apoiar a CQCT, destacando-se o lançamento, em 2008, de um pacote de políticas diversificadas com foco na redução do uso do tabaco, mais conhecido como MPOWER (5).

No entanto, a complexidade inerente à saúde em suas dimensões política, econômica e de proteção social (6) se expressa fortemente no controle do tabaco. A implantação de políticas nessa área requer a adoção de múltiplas estratégias em face do envolvimento de atores com interesses variados (indústria do tabaco, agricultores, distribuidores e comerciantes) e da existência de consumidores com diferentes perfis etários, socioeconômicos e culturais.

Os países latino-americanos constituem um campo rico para a análise das políticas de controle do tabaco. Tais países, que vêm passando por processos de transição demográfica (7), epidemiológica e social (8), estão sob ameaça de aumento do tabagismo, caso não seja significativamente ampliada a implantação de leis nacionais coerentes com a CQCT (9).

Nesse sentido, este artigo tem como objetivo traçar o panorama de adesão mundial à CQCT e descrever a implantação das medidas preconizadas pela CQCT em países latino-americanos.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo, compreendendo análise de documentos e dados secundários. O estudo foi desenvolvido em três etapas: 1) levantamento dos países que aderiram à CQCT até 2015; 2) mapeamento da implantação das medidas no cenário mundial em 2012; e 3) caracterização das políticas de controle do tabaco na América Latina considerando o cenário de 2012.

### Adesão à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e implantação de medidas no cenário mundial

Na primeira etapa, a adesão de países à CQCT foi analisada a partir do levantamento do número de países que se efeti-

varam ou não como membros da CQCT até agosto de 2015. Para tanto, o sítio eletrônico da OMS sobre o tema foi consultado (10). Foram considerados todos os países que compõem as seis regiões definidas pela OMS (África, Américas, Pacífico Ocidental, Europa, Mediterrâneo Oriental e Sudeste asiático) (<http://www.who.int/about/regions/en/>).

### Status da implantação de medidas no cenário mundial e na América Latina em 2012

Esta etapa considerou a proporção de Estados Partes que implantaram medidas selecionadas segundo o relatório de progresso global da implantação da Convenção de 2012 que, por sua vez, baseou-se nos relatórios enviados por 126 países entre 2011 e 2012 (11). As medidas selecionadas envolvem ações que visam à redução da demanda e da oferta do tabaco, à redução dos danos ao ambiente e à saúde das pessoas e ao apoio ao abandono do tabaco.

Com o propósito de contrastar a implantação de ações no cenário mundial e latino-americano, tais medidas também foram analisadas separadamente para a América Latina a partir da base de dados da OMS (12). Estabeleceu-se um recorte sub-regional que considerou os 11 Estados Partes da América do Sul (Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai, Venezuela) e o México, sendo este país incluído devido a seu porte populacional e relevância econômica na América Latina. A Argentina não foi incluída por não ter ratificado a CQCT, não se configurando como Estado Parte.

### Caracterização das políticas de controle do tabaco na América Latina

Esta etapa do estudo teve como propósito realizar um balanço das estratégias implantadas por Brasil, Chile, Colômbia, México e Venezuela, países selecionados por sua importância em termos populacionais e econômicos. Além disso, tais países compartilham desafios relacionados às mudanças demográficas e epidemiológicas e à persistência de problemas estruturais em seus sistemas de proteção social, como fragmentação institucional e desigualdades na cobertura e no acesso aos serviços (7, 8). Analisaram-se separadamente os relatórios de 2012 dos cinco

países selecionados (12), sendo descritas as principais estratégias da CQCT implantadas conforme quatro eixos (eixos A, B, C e D), descritos a seguir.

O eixo A enfocou medidas para reduzir a demanda por tabaco. Nesse eixo, foram consideradas medidas relativas a preço e impostos sobre produtos de tabaco; regulação dos produtos de tabaco; regulação da divulgação de informações sobre os produtos de tabaco; publicidade, promoção e patrocínio do tabaco; e educação, comunicação, treinamento e conscientização pública.

O eixo B enfocou a redução da oferta. As medidas consideradas nesse eixo relacionaram-se ao comércio de produtos do tabaco e à promoção de alternativas economicamente viáveis e sustentáveis para fumicultores e trabalhadores que comercializam produtos derivados do tabaco.

O eixo C enfocou a redução dos danos ao meio ambiente e à saúde das pessoas, considerando medidas de proteção do ambiente, proteção da saúde das pessoas contra a exposição à fumaça do tabaco e proteção da saúde das pessoas em relação aos danos provocados pelo cultivo do fumo e pela fabricação dos produtos derivados do tabaco. Finalmente, o eixo D enfocou o apoio ao abandono do tabaco. Foram consideradas medidas relativas a promoção da cessação do tabagismo, diagnóstico e tratamento da dependência do tabaco no sistema de saúde, capacitação sobre tratamento do tabagismo incorporada aos currículos de formação dos profissionais de saúde e acessibilidade facilitada a fármacos para o tratamento.

A seguir, a situação de implantação da CQCT nos países foi classificada quanto à proporção de medidas implantadas em cada eixo, adotando-se o seguinte critério: implantação avançada, entre 70% e 100% das medidas implantadas; intermediária, entre 50% e menos de 70% das medidas implantadas; e incipiente, menos de 50% das medidas implantadas.

## RESULTADOS

### Adesão à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e implantação de medidas no cenário mundial

Até agosto de 2015, 180 países haviam ingressado como Estados Partes da CQCT. A tabela 1 resume o *status* dos países das seis regiões do mundo definidas pela OMS quanto à adesão à CQCT.

**TABELA 1. Situação dos países quanto à adesão à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, agosto de 2015**

Situação de adesão <sup>a</sup>	Países (No.)	%
Signatários que ratificaram	161	73,2
Não signatários que ratificaram	19	8,6
Signatários que não ratificaram	7	3,2
Não signatários que não ratificaram	33	15,0
Total	220	100,0

**Fonte:** World Health Organization (WHO) (4).

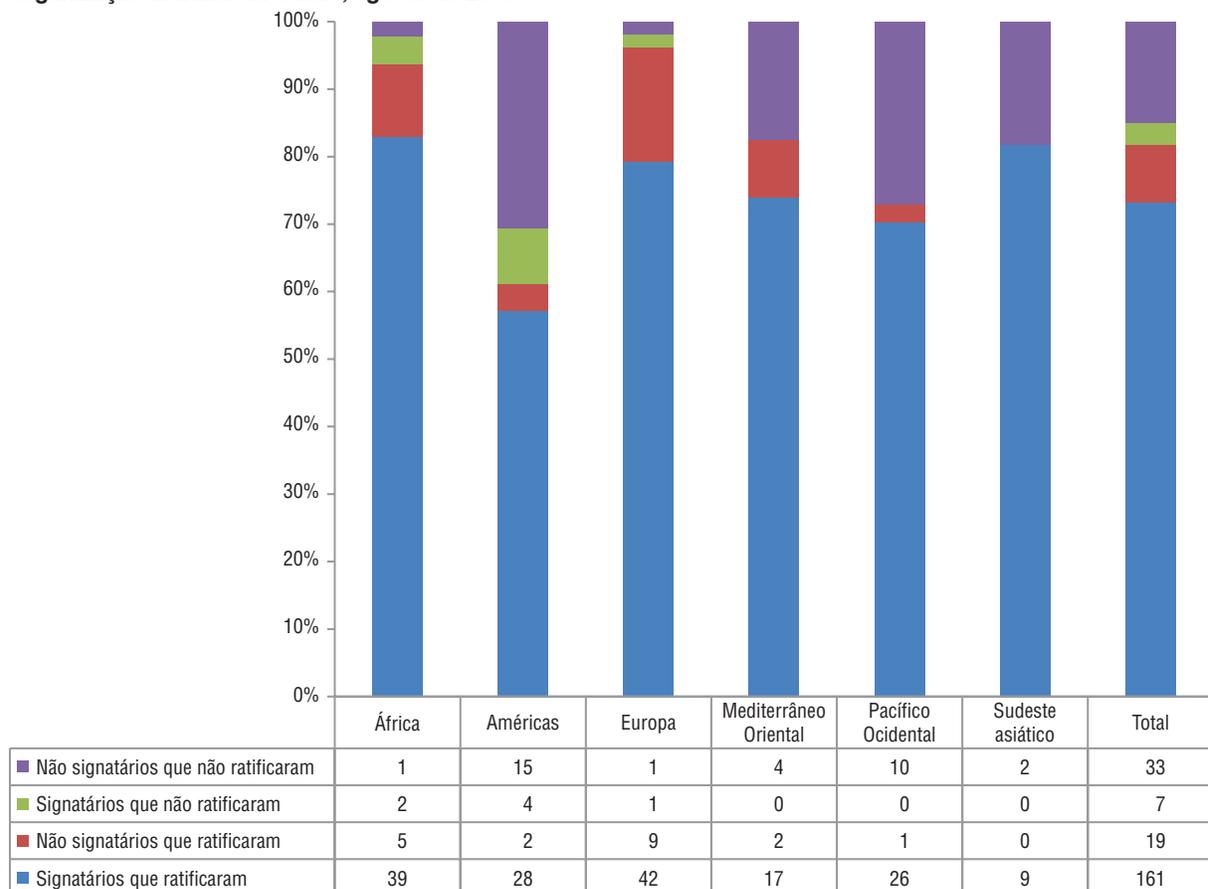
<sup>a</sup> Signatário: assinou a CQCT no período em que esteve aberta à assinatura para todos os membros da OMS (de 16 de junho de 2003 a 29 de junho de 2004); Ratificação: apresentação à OMS, por parte de países signatários ou não da CQCT, de um instrumento de ratificação, aceitação, aprovação, confirmação oficial ou adesão à CQCT após o encerramento do período das assinaturas ao tratado; Estado Parte: país signatário ou não que tenha apresentado à OMS um instrumento de ratificação, aceitação, aprovação, confirmação oficial ou adesão à CQCT. Assim, um país signatário depende da ratificação para efetivar-se como Estado Parte e um país não signatário pode tornar-se Estado Parte a partir da sua ratificação à CQCT.

A figura 1 mostra a situação em 2015 dessas regiões quanto à adesão dos países. Em todas as regiões, a maioria dos países é Estado Parte da CQCT, predominando os países signatários que ratificaram a Convenção. A Região das

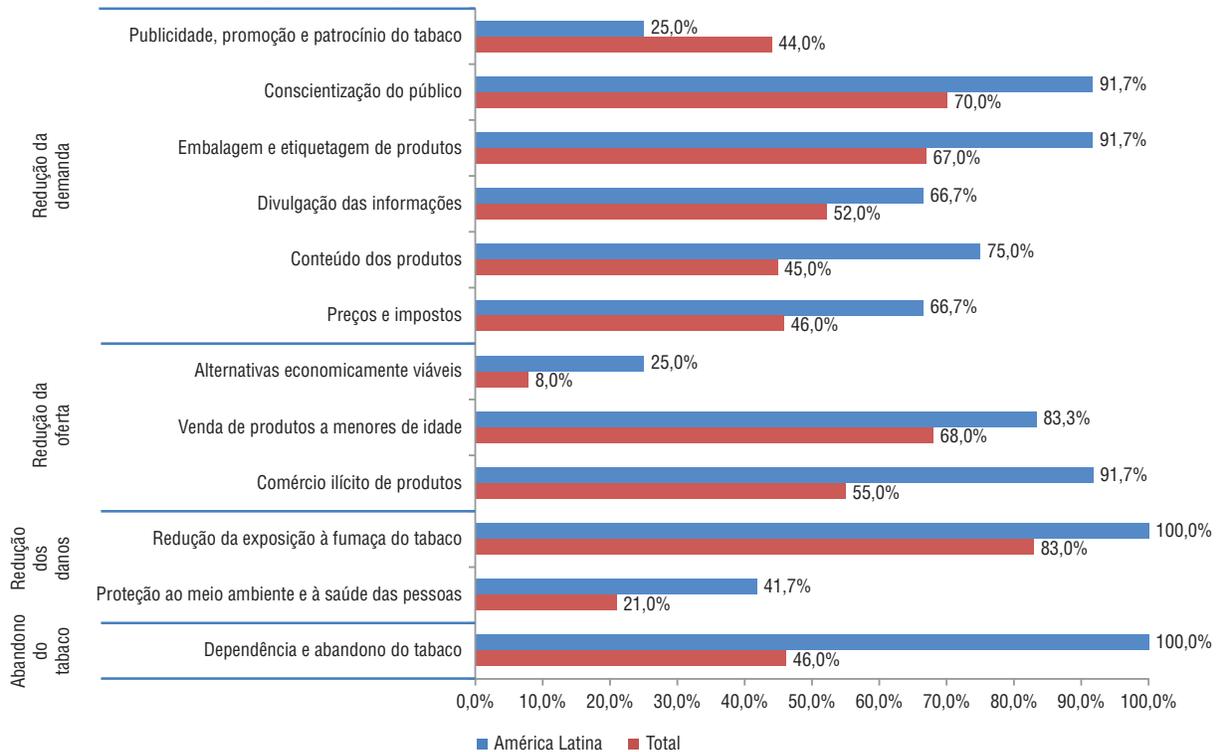
Américas, que apresentava a menor proporção de países signatários que ratificaram a CQCT, compreende cinco países signatários da CQCT que não se tornaram Estados Partes (Argentina, Cuba, El Salvador, Estados Unidos e Haiti).

### Status da implantação de medidas no cenário mundial e na América Latina em 2012

A figura 2 apresenta a situação dos países em 2012 quanto à implantação das

**FIGURA 1. Situação de adesão dos países à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco conforme região da Organização Mundial da Saúde, agosto de 2015<sup>a</sup>**

<sup>a</sup> Signatário: assinou a CQCT no período em que esteve aberta à assinatura para todos os membros da OMS (de 16 de junho de 2003 a 29 de junho de 2004); Ratificação: apresentação à OMS, por parte de países signatários ou não da CQCT, de um instrumento de ratificação, aceitação, aprovação, confirmação oficial ou adesão à CQCT após o encerramento do período das assinaturas ao tratado; Estado Parte: país signatário ou não que tenha apresentado à OMS um instrumento de ratificação, aceitação, aprovação, confirmação oficial ou adesão à CQCT. Assim, um país signatário depende da ratificação para efetivar-se como Estado Parte e um país não signatário pode tornar-se Estado Parte a partir da sua ratificação à CQCT.

**FIGURA 2. Proporção de Estados Partes segundo medidas da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco implantadas nas seis regiões da Organização Mundial da Saúde e na América Latina<sup>a</sup>, 2012**

Fonte: Relatório geral de acompanhamento da CQCT de 2012 (12) e relatórios nacionais de implantação da CQCT (13).

<sup>a</sup> Inclui 12 países, sendo 11 sul-americanos (Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai, Venezuela) e o México. Não foram incluídos a Argentina, por não ser Estado Parte, e os Estados Partes da América Central e Caribe.

medidas previstas pela CQCT. As ações mais frequentes em todo o mundo referiam-se à proteção contra a exposição à fumaça do tabaco, citadas por 83,0% dos 126 Estados Partes que enviaram relatórios de progresso global da implantação da Convenção de 2012, e à conscientização do público, presentes em 70,0% dos relatórios. No entanto, algumas medidas previstas na CQCT tiveram baixa adesão, como as referentes ao apoio a atividades alternativas economicamente viáveis de sustento para fumicultores, trabalhadores e vendedores individuais de produtos derivados do tabaco (8,0%).

Já entre os países da América Latina, as ações voltadas para a redução da exposição à fumaça do tabaco e para o apoio ao abandono do tabaco foram citadas pelos 12 países analisados. Assim como observado no cenário internacional, o apoio a atividades alternativas economicamente viáveis foi a medida menos frequente entre os países latino-americanos, citada por 25,0% deles.

### Políticas de controle do tabaco na América Latina

Entre os cinco países latino-americanos selecionados para o estudo, quatro - Brasil, Chile, México e Venezuela - assinaram a CQCT em 2003 e iniciaram sua implantação entre 2005 e 2006. Apenas a Colômbia não foi signatária da CQCT, aderindo ao tratado somente em 2008.

De maneira geral, nos cinco países, as medidas destinadas à redução da demanda e da oferta do tabaco foram as mais frequentes. No entanto, houve semelhanças e diferenças entre os países quanto à situação de implantação de medidas nos quatro eixos analisados (tabela 2 e figura 3).

Brasil, México e Venezuela apresentaram uma situação avançada de implantação de ações voltadas à redução da demanda do tabaco, envolvendo grande parte das medidas. A Colômbia, que aderiu à CQCT mais tardiamente, situou-se de forma incipiente nesse eixo. Até 2012,

não havia implantado uma política fiscal e de preços com carga tributária superior a 50%, nem ações com foco em regulação e divulgação de informações dos produtos derivados do tabaco. O Chile apresentou uma situação intermediária quanto à adoção de estratégias de redução da demanda do tabaco, apesar de ter apresentado medidas diversificadas nesse eixo.

Brasil, Colômbia e México informaram a maioria das ações referentes à redução da oferta do tabaco, configurando uma situação avançada de implantação nesse eixo. Já Chile e Venezuela, por não terem implantado ações de apoio a alternativas economicamente viáveis de sustento aos fumicultores, trabalhadores e vendedores individuais, apresentaram uma situação intermediária de implantação.

Os cinco países apresentaram medidas referentes à proteção das pessoas contra a exposição à fumaça do tabaco. No entanto, apenas a Colômbia vem implantando medidas que buscam proteger

**TABELA 2. Medidas da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco implantadas em países latino-americanos selecionados**

Marcos da adesão à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco	Brasil <sup>a</sup>	Chile <sup>a</sup>	Colômbia <sup>a</sup>	México <sup>a</sup>	Venezuela <sup>a</sup>
Data de assinatura	16 jun 2003	25 set 2003	-	12 ago 2003	22 set 2003
Data de ratificação (ou equivalente legal)	03 nov 2005	13 jun 2005	10 abr 2008	28 mai 2004	27 jun 2006
Data de entrada em vigor	01 fev 2006	11 set 2005	09 jul 2008	27 fev 2005	25 set 2006
<b>Eixo A - Redução da demanda de tabaco</b>					
<i>Medidas relacionadas a preços e impostos dos produtos de tabaco</i>					
Políticas fiscais e de preços relacionadas aos produtos (inclui carga tributária > 50%)	X	X		X	X
Proibição/restrição da venda de produtos livres de impostos a turistas					X
Proibição/restrição das importações de tabaco livre de impostos por turistas					X
<i>Regulação dos produtos de tabaco</i>					
Conteúdo dos produtos do tabaco	X	X		X	X
Emissões dos produtos do tabaco	X			X	X
<i>Regulação da divulgação de informações sobre os produtos de tabaco</i>					
Divulgação pública e para o governo de informações sobre conteúdo dos produtos	X	X		X	X
Divulgação pública e para o governo de informações sobre emissões dos produtos	X			X	X
<i>Publicidade, promoção e patrocínio do tabaco</i>					
Proibição de publicidade ou promoção na embalagem dos produtos	X		X	X	X
Proibição de promoção falsa/enganosa na embalagem dos produtos	X		X	X	X
Exigência de que cada embalagem possua advertências sobre os riscos à saúde	X	X	X	X	X
Advertências sobre a saúde ocupam 50% ou mais da embalagem	X	X		X	X
Proibição de toda forma de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco	X		X		
<i>Educação, comunicação, treinamento e conscientização pública</i>					
Implantação de programas educacionais e de conscientização pública	X	X	X	X	X
Participação de entidades no desenvolvimento intersetorial de programas	X	X	X	X	X
Programas de formação/conscientização sobre o controle do tabagismo	X	X	X	X	X
Situação de implantação do Eixo A	Avançada	Intermediária	Incipiente	Avançada	Avançada
<b>Eixo B - Redução da oferta de tabaco</b>					
<i>Comércio do produto de tabaco</i>					
<i>Comércio ilícito</i>					
Identificação da origem do produto em todas as embalagens	X	X	X	X	X
<i>Venda para e por menores de produtos do tabaco</i>					
Proibição da venda de produtos para menores de 18 anos	X	X	X	X	X
Anúncio destacado nos locais de venda sobre a proibição da venda a menores			X	X	X
Proibição da fabricação/venda de produtos que visem menores	X		X	X	X
Proibição da venda de produtos de tabaco por menores de idade		X	X	X	X
<i>Restrição de acesso facilitado aos produtos do tabaco</i>					
Proibição da venda de produtos de modo que estejam diretamente acessíveis				X	
Proibição da distribuição gratuita de produtos	X	X	X	X	X
Proibição da venda de cigarros a varejo ou em pequenos pacotes	X	X	X	X	
Sanções contra vendedores/ distribuidores que não cumprirem suas obrigações	X	X	X	X	X
Promoção de alternativas economicamente viáveis e sustentáveis	X		X	X	
Situação de implantação do Eixo B	Avançada	Intermediária	Avançada	Avançada	Avançada
<b>Eixo C- Redução dos danos ao meio ambiente e à saúde das pessoas</b>					
<i>Proteção do meio ambiente</i>					
Medidas referentes ao cultivo do tabaco			X		
Medidas referentes à fabricação de produtos do tabaco					
<i>Proteção da saúde das pessoas contra a exposição à fumaça do tabaco</i>					
Leis nacionais que proibem do proibem fumo e tabaco em locais fechados públicos e de trabalho	X	X	X	X	X
Leis subnacionais que proibem do proibem fumo e tabaco em locais fechados públicos e de trabalho	X			X	
<i>Proteção da saúde das pessoas em relação ao meio ambiente</i>					
Medidas referentes ao cultivo do tabaco	X	X		X	
Medidas referentes à fabricação de produtos do tabaco		X			
Situação de implantação do Eixo C	Intermediária	Intermediária	Incipiente	Intermediária	Incipiente

(Continuação)

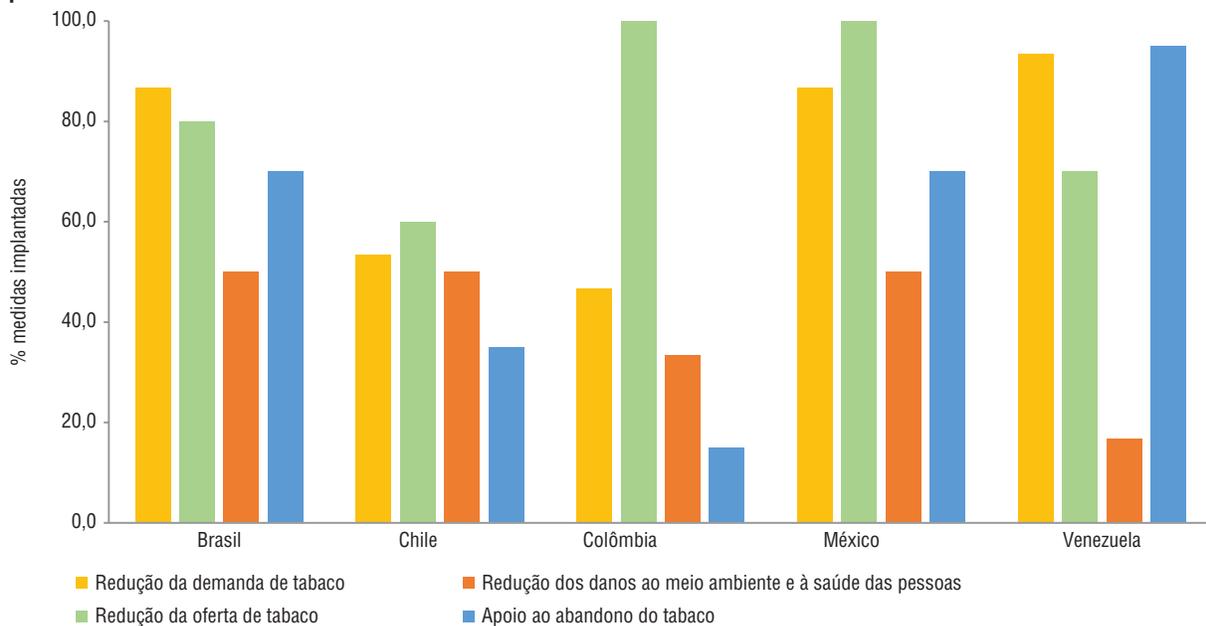
TABELA 2. Continuação

Marcos da adesão à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco	Brasil <sup>a</sup>	Chile <sup>a</sup>	Colômbia <sup>a</sup>	México <sup>a</sup>	Venezuela <sup>a</sup>
Eixo D - Apoio ao abandono do tabaco					
<i>Programas destinados a promover a cessação do tabagismo</i>					
<i>Tipos de programas</i>					
Campanhas por meio da mídia	X		X		X
Serviços via telefone	X	X		X	
Eventos locais	X	X	X	X	X
Programas focados em mulheres menores de idade, adultas e gestantes					X
<i>Locais de implantação</i>					
Instituições de ensino	X	X		X	X
Estabelecimentos de saúde	X	X		X	X
Ambientes de trabalho	X	X		X	X
Ambientes desportivos		X		X	X
<i>Programas de diagnóstico e tratamento da dependência do tabaco no sistema de saúde</i>					
<i>Abrangência de implantação</i>					
Atenção primária	X			X	X
Atenção secundária e terciária	X			X	X
Centros especializados - dependência do tabaco e de outras drogas	X			X	X
Centros de reabilitação				X	X
<i>Profissionais de saúde envolvidos</i>					
Médicos	X			X	X
Profissionais de enfermagem	X			X	X
Profissionais de nível superior não médicos e não enfermeiros	X			X	X
Agentes comunitários					X
<i>Capacitação sobre o tratamento do tabagismo incorporada aos currículos de formação dos profissionais de saúde</i>					
Médicos	X		X		X
Profissionais de enfermagem					X
Profissionais de nível superior não médicos e não enfermeiros					X
<i>Acessibilidade facilitada a fármacos para o tratamento</i>					
Situação de implantação do Eixo 4	X	X		X	X
	Avançada	Incipiente	Incipiente	Avançada	Avançada

Fonte: Relatórios dos Estados Partes (13).

<sup>a</sup> Relatórios submetidos nas seguintes datas: Brasil, 9 de agosto de 2011; Chile, 28 de maio de 2012; Colômbia, 30 de abril de 2012; México, 8 de maio de 2012; e Venezuela, 16 de setembro de 2013.

FIGURA 3. Proporção de medidas implantadas em cada eixo da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em países selecionados da América Latina<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Relatórios submetidos nas seguintes datas: Brasil, 9 de agosto de 2011; Chile, 28 de maio de 2012; Colômbia, 30 de abril de 2012; México, 8 de maio de 2012; e Venezuela, 16 de setembro de 2013.

o ambiente. Nenhum dos países apresentou situação de implantação avançada nesse eixo, sendo a situação da Venezuela a mais incipiente em relação à implantação desse grupo de medidas.

Brasil, México e Venezuela apresentaram situação avançada de implantação de medidas de apoio ao abandono do tabaco. Chile e Colômbia, por ainda não terem implantado programas de diagnóstico e tratamento da dependência do tabaco em seu sistema de saúde, apresentaram uma situação incipiente em relação a esse eixo.

## DISCUSSÃO

Este estudo permitiu conhecer a situação dos países latino-americanos selecionados no contexto regional e mundial das políticas de controle do tabaco, bem como identificar semelhanças e diferenças entre os países. A CQCT vem se consolidando como estratégia de articulação internacional de políticas de controle do tabaco, contando com adesão de mais de 80% dos países. É interessante observar que a implantação de políticas nesse âmbito não está restrita aos Estados Partes da Convenção. A Região das Américas apresenta exemplos de países que vem desenvolvendo ações importantes, mesmo não tendo aderido ao tratado. Por exemplo, os Estados Unidos adotam diferentes estratégias de controle do tabaco, como regulação dos produtos, estabelecimento de ambientes livres do fumo e proibição da venda de cigarros em embalagens com menos de 20 unidades (13). A Argentina também apresenta iniciativas visando ao controle do tabaco, destacando-se a implantação de políticas efetivas de ambientes livres do fumo em seu território (14).

Entre as seis regiões definidas pela OMS, a Região das Américas apresentou a menor proporção de países que se tornaram Estados Partes do CQCT (em torno de 60%). No entanto, de forma geral, a proporção de Estados Partes que implantaram as medidas preconizadas no CQCT foi mais elevada no grupo de 12 países latino-americanos analisado (11 países sul-americanos e o México) do que no total de Estados Partes do mundo. Isso ocorreu nos vários eixos, com exceção das medidas referentes à publicidade, promoção e patrocínio do tabaco.

Tal resultado é consoante com diversos estudos que abordam experiências

bem-sucedidas de controle do tabaco na América Latina. Alguns exemplos referem-se a medidas que enfocam a advertência dos danos à saúde causados pelo tabaco nas embalagens de maços de cigarros (15, 16), a capacitação de recursos humanos para o enfrentamento dos desafios estabelecidos pelo tabagismo (17) e a implantação de ambientes 100% livres da fumaça do tabaco (18).

Por outro lado, as medidas que requerem articulação intersetorial e que interferem na economia – como o controle de danos ambientais e a oferta de alternativas econômicas aos agentes envolvidos com o tabaco – ainda têm implantação mais limitada no conjunto de países. Já as estratégias de apoio à cessação de fumar têm sido adotadas por muitos países latino-americanos, embora sua efetividade precise ser avaliada, visto que requerem articulação entre esferas de governo e entre serviços de saúde e esbarram em obstáculos diversos, inclusive socioculturais.

Ressalte-se ainda que a implantação das medidas da CQCT na região tem sido desigual, sendo que vários países, embora tenham legislação própria destinada ao controle do tabaco, têm limitada capacidade de implantar tais medidas (19). Além disso, Fagundes et al. (20) ressaltam que ainda são escassos os dados epidemiológicos sobre o tabagismo na região, assim como os referentes à avaliação de políticas implantadas.

Mesmo havendo medidas em comum identificadas nos relatórios de Brasil, Chile, Colômbia, México e Venezuela, os cinco países selecionados, existem particularidades quanto ao modo de implantação de cada uma delas. Isso pode ser exemplificado pela análise das medidas relacionadas a preços e impostos dos produtos de tabaco.

O aumento dos impostos é considerado a medida mais eficaz de controle do tabaco, ao incentivar a redução do consumo e, conseqüentemente, os prejuízos decorrentes do tabagismo (5). No presente estudo, foi possível observar variações nas taxas entre os países e ao longo do tempo. O Chile, país com a maior proporção de impostos sobre o preço de cigarros, apresentou um aumento de 76,3% para 81,2% entre 2008 e 2012. No mesmo período, a Venezuela apresentou um aumento de 70,7% para 71%. No México, essa proporção passou de 61,2% para 66,6%; e no Brasil, de 57,2% para 63,1%. A Colômbia apresentou o maior

aumento no período (34,3% para 43,8%), embora ainda tenha a menor carga tributária sobre cigarros entre os cinco países (9). Há expectativa de aumentos na carga tributária a partir da consolidação das políticas de controle do tabaco, visto que a proporção de impostos superior a 75% do preço de varejo dos cigarros corresponde à medida mais custo-efetiva de controle do tabaco (21).

A heterogeneidade das medidas adotadas pelos países estudados pode estar relacionada a diversos fatores. O estudo sugere que o tempo de implantação da CQCT pode ser relevante. Por exemplo, o México, primeiro país entre os analisados em que a CQCT entrou em vigor, somente não apresentou situação de implantação avançada no eixo referente à redução dos danos ao ambiente e à saúde das pessoas. Por outro lado, a Colômbia, país que aderiu ao tratado mais tardiamente, apresentou situação de implantação incipiente em três dos quatro eixos analisados. No entanto, a situação de implantação das estratégias que visam ao controle do tabaco apresenta-se de forma dinâmica, sendo esperados avanços a partir do comprometimento dos países com o fortalecimento das políticas locais.

Outro aspecto que pode justificar as diferenças observadas refere-se às especificidades de cada país no estabelecimento de diretrizes locais. As diferenças culturais, sociais e políticas condicionam a implantação das medidas, cuja adoção pode ser mais ou menos efetiva em diferentes países (26).

É válido ressaltar que, neste estudo, o Brasil apresentou situação avançada de implantação em três dos quatro eixos analisados, sendo somente intermediária a situação das ações relacionadas à redução dos danos ao ambiente e à saúde das pessoas. Assim, juntamente com o México, o Brasil pode ser considerado o país com a política de controle do tabaco mais avançada entre os cinco países latino-americanos estudados. Esse resultado vai ao encontro do relatório da OMS de 2013 sobre a epidemia global do tabaco, que apresentou a situação da implantação das seis medidas para o controle do tabaco estabelecidas pelo MPOWER. O Brasil é um dos países com maior destaque na implantação dessas medidas, juntamente com Austrália, Canadá, Irã, Nova Zelândia, Panamá, Tailândia, Turquia e Uruguai (23).

Uma vez que este estudo considerou apenas Estados Partes da CQCT, vale ressaltar que a implantação de políticas nessa área não está exclusivamente associada à adesão e entrada em vigor da CQCT em cada país. Nesse sentido, é importante realizar estudos de caso em profundidade que considerem a relação entre estratégias internacionais e as especificidades da trajetória das políticas nacionais, cujo início pode ser anterior ao tratado, e cujo desenvolvimento pode ser condicionado por variáveis locais.

Apesar de ser relevante a análise da evolução da prevalência de fumantes associada à implantação de políticas de controle do tabaco, o presente estudo não buscou avaliar o impacto da CQCT na redução desse indicador nos cinco países selecionados. Esse tipo de avaliação requer desenhos metodológicos específicos e apresenta desafios relacionados ao caráter relativamente recente de implantação de muitas estratégias de controle do tabaco. Também são desafios a multiplicidade de fatores que podem influenciar na prevalência de fumantes e a escassez de dados padronizados que permitam a comparação entre os países e ao longo do tempo.

No entanto, é importante destacar a evolução da prevalência de fumantes nos países que apresentam dados com a mesma abrangência e mesmo indicador. O Brasil vem apresentando uma importante redução da prevalência de fumantes (24–27). Entre os adultos, isso pode ser observado entre os fumantes de uso diário, cuja prevalência caiu de 16,2% em 2006 (28) para 11,3% em 2013 (29). Apesar de a prevalência de fumantes entre os jovens ser menor (5,1% em 2012), estudos destacam a necessidade de intensificar as ações preventivas direcionadas a crianças e ado-

lescentes (24, 30). A redução de fumantes adultos também pode ser observada no México, cuja prevalência de fumantes de cigarros de uso diário caiu de 18,9% em 2006 (5) para 15,9% em 2009 (23). Já a Venezuela, embora tenha apresentado um aumento da prevalência de fumantes adultos de uso diário, de 18% em 2005 (5) para 21,5% em 2011 (23), apresentou uma notável redução da prevalência de fumantes de uso diário entre os jovens, de 14,8% em 1999 (5) para 9,4% em 2010 (23).

É importante considerar alguns limites deste estudo, sendo o primeiro o tipo de fonte utilizada – relatórios nacionais e dados oficiais sobre as medidas de controle do tabaco adotadas pelos países. Essas fontes de dados podem não refletir de forma precisa a situação de implantação das políticas de controle de tabagismo. O segundo é a não inclusão de Estados Partes latino-americanos que apresentam importantes iniciativas no combate ao tabaco, como Panamá e Uruguai. O terceiro diz respeito à opção metodológica por estudar casos selecionados, o que não permite a extrapolação dos resultados para o conjunto da América Latina. Ao contrário, a pesquisa realizada reconhece similaridades, mas reforça a diversidade de experiências nacionais, a ser explorada em pesquisas futuras. Estudos de caso em profundidade que considerem o contexto de cada país são importantes para a compreensão das políticas nacionais de controle do tabaco e seu aperfeiçoamento. Por fim, o quarto limite do estudo refere-se à não inclusão dos relatórios de progresso global da implantação da CQCT de 2014. A disponibilização dos relatórios ocorreu após a finalização da análise dos dados e da concepção da discussão do presente estudo. Torna-se oportu-

na, em futuros trabalhos, a adoção dos métodos empregados neste estudo utilizando dados atualizados.

## Conclusões

Os achados deste estudo reiteram a existência de esforços para controlar o tabaco no cenário internacional, sobretudo pela expressiva adesão à CQCT. A taxa de implantação de medidas referentes à redução da demanda e da oferta de tabaco, à redução dos danos ao meio ambiente e à saúde das pessoas e ao apoio ao abandono do tabaco variou entre os Estados Partes, sendo que a implantação dessas medidas foi expressiva entre os países latino-americanos.

A diversidade de implantação de medidas em cada eixo nos cinco países latino-americanos analisados em maior detalhe – Brasil, Chile, Colômbia, México e Venezuela – sugere que particularidades nacionais, relacionadas a aspectos econômicos, políticos, institucionais e culturais, podem condicionar a implantação das políticas de controle do tabaco.

**Agradecimentos.** LHP é bolsista de doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

**Conflitos de interesse.** Nada declarado pelos autores.

**Declaração de responsabilidade.** A responsabilidade pelas opiniões expressas neste artigo é estritamente dos autores e não reflete necessariamente as opiniões ou políticas da RPSP/PAJPH nem da OPAS.

## REFERÊNCIAS

1. Eriksen MP, Mackay J, Schluger NW, Islami F, Drope J. The tobacco atlas. 5ª ed. Atlanta: American Cancer Society; 2015. Disponível em: [http://3pk43x313ggr4cy-0lh3ctcjh.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/03/TA5\\_2015\\_WEB.pdf](http://3pk43x313ggr4cy-0lh3ctcjh.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/03/TA5_2015_WEB.pdf) Acessado em outubro de 2015.
2. World Health Organization (WHO). Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020. Genebra: WHO; 2013. Disponível em: [http://www.who.int/nmh/events/ncd\\_action\\_plan/en/](http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/) Acessado em 30 de agosto de 2015.
3. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2014: attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility. Genebra: WHO; 2014.
4. World Health Organization (WHO). WHO Framework Convention on Tobacco Control. Genebra: WHO; 2003. Disponível em: [http://www.who.int/tobacco/framework/WHO\\_FCTC\\_english.pdf](http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf) Acessado em outubro de 2015.
5. World Health Organization (WHO). WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Genebra: WHO; 2008. Disponível em: [http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_full\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf) Acessado em outubro de 2015.
6. Freeman R, Moran M. Reforming health care in Europe. *West Eur Polit.* 2000;23(2):35–58.
7. Saad PM, Miller T, Martínez C. Impacto de los cambios demográficos en las demandas sectoriales en América Latina. *Rev Bras Estud Popul.* 2009;26(2):237–61.
8. Temporão JG. Sistemas universales de salud en el mundo en transformación. Em: Giovannella L, Feo O, Faria M, Tobar S, orgs.

- Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012. Pp. 13-20. Disponível em: [http://www.minsa.gob.pe/unasur/archivos/Sistemas\\_de\\_Salud\\_en\\_suramerica\\_2012.pdf](http://www.minsa.gob.pe/unasur/archivos/Sistemas_de_Salud_en_suramerica_2012.pdf) Acessado em outubro de 2015.
9. Pan American Health Organization (PAHO). Tobacco control report for the region of the Americas. Washington, DC: PAHO; 2013. Disponível em: [http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=24768&lang=pt](http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=24768&lang=pt) Acessado em outubro de 2015.
  10. World Health Organization (WHO). Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Disponível em: [https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtidsg\\_no=IX-4&chapter=9&lang=en](https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtidsg_no=IX-4&chapter=9&lang=en) Acessado em outubro de 2015.
  11. Convention Secretariat, WHO Framework Convention on Tobacco Control. 2012 Global progress report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2012. Disponível em: [http://www.who.int/fctc/reporting/2012\\_global\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/2012_global_progress_report_en.pdf) Acessado em 20 de agosto de 2014.
  12. WHO Framework Convention on Tobacco Control Implementation Database. Disponível em: <http://apps.who.int/fctc/implementation/database/> Acessado em 31 de dezembro de 2014.
  13. Warner KE. The national and international regulatory environment in tobacco control. *Public Health Res Pract.* 2015;25(3): e2531527.
  14. Konfino J, Ferrante D, Mejia R, Coxson P, Moran A, Goldman L, et al. Impact on cardiovascular disease events of the implementation of Argentina's national tobacco control law. *Tob Control.* 2014;23(2):e6.
  15. Thrasher JF, Villalobos V, Szklo A, Fong GT, Pérez C, Sebríe E, et al. Assessing the impact of cigarette package health warning labels: a cross-country comparison in Brazil, Uruguay and Mexico. *Salud Publica Mex.* 2010;52 Suppl 2:S206-15.
  16. Sebríe EM. Políticas de etiquetado en los paquetes de cigarrillos: situación actual en América Latina y el Caribe. *Salud Publica Mex.* 2012;54(3):293-302.
  17. Stillman FA. Capacity building and human resource development for tobacco control in Latin America. *Salud Publica Mex.* 2010;52 Suppl 2:S340-6.
  18. Sebríe EM, Schoj V, Travers MJ, McGaw B, Glantz SA. Smokefree policies in Latin America and the Caribbean: making progress. *Int J Environ Res Public Health.* 2012;9(5):1954-70.
  19. Sandoval RC, Blanco A. Estado de la implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco en la región de las Américas. *Salud Publica Mex.* 2010;52 (Suppl 2):S270-6.
  20. Fagundes LGS, Martins MG, Magalhães EMS, Palmieri PCR, Júnior SIS. Health policies for tobacco control in Latin America and the Caribbean: An integrative review. *Cienc Saude Coletiva.* 2014;19(2):499-510.
  21. World Health Organization (WHO). WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: Raising taxes on tobacco. Geneva: WHO; 2015. Disponível em: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2015/report/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/report/en/) Acessado em 30 de agosto de 2015.
  22. Thrasher JF, Chaloupka F, Hammond D, Fong G, Borland R, Hastings G, et al. Evaluación de las políticas contra el tabaquismo en países latinoamericanos en la era del Convenio Marco para el Control del Tabaco. *Salud Publica Mex.* 2006;48 Suppl 1:S155-66.
  23. World Health Organization (WHO). WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva: WHO; 2013. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf?ua=1) Acessado em outubro de 2015.
  24. Szklo AS, de Almeida LM, Figueiredo VC, Autran M, Malta D, Caixeta R, et al. A snapshot of the striking decrease in cigarette smoking prevalence in Brazil between 1989 and 2008. *Prev Med.* 2012; 54(2):162-7.
  25. Szklo AS, Souza MC, Szklo M, Almeida LM. Smokers in Brazil: who are they? *Tob Control.* 2015; *Tob Control.* 2015 Aug 20. pii: tobaccocontrol-2015-052324.
  26. Brasil, Instituto Nacional de Câncer (INCA). A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2011. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/situacao\\_tabagismo.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/situacao_tabagismo.pdf) Acessado em outubro de 2015.
  27. Malta DC, Oliveira TP, Luz M, Stopa SR, da Silva Junior JB, Dos Reis AA. Smoking trend indicators in Brazilian capitals, 2006-2013. *Cienc Amp Saude Coletiva.* 2015;20(3):631-40.
  28. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2006 vigilância de fatores e risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: [http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/vigitel\\_2006\\_brasil.pdf](http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/vigitel_2006_brasil.pdf) Acessado em outubro de 2015.
  29. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2013: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/morbididade/Vigitel-2013.pdf> Acessado em outubro de 2015.
  30. Rodrigues NC, Neves RD, Mendes D de S, Mendes CP, Martins IH, Reis IN, et al. Profile of Brazilian smokers in the National Program for Tobacco Control. *Rev Bras Psiquiatr.* 2015;37(2):150-4.

Manuscrito recebido em 30 de outubro de 2014.  
Aceito em versão revisada em 2 de setembro de 2015.

---

**ABSTRACT**

**WHO Framework  
Convention on Tobacco  
Control: adherence  
and establishment  
in Latin America**

**Objective.** To draw an overview of the adherence of countries around the world to the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) and to describe the establishment of WHO FCTC recommended measures in Latin American countries.

**Methods.** This descriptive study was based on analysis of documents and secondary data to determine the status of countries from the six WHO regions regarding adherence to the FCTC. After that, the establishment of recommended measures until the year 2012 was mapped in all States Parties and particularly in 12 Latin American States Parties. Finally, the degree to which FCTC measures had been established in Brazil, Chile, Colombia, Mexico, and Venezuela was assessed (incipient, intermediate, or advanced). This step took into consideration the measures covered by four domains – reduction in the demand for tobacco, reduction in the offer of tobacco, reduction in damage to the environment and to the health of people caused by tobacco, and support for quitting the use of tobacco.

**Results.** Until August 2015, 180 countries had joined as States Parties to the FCTC. Considering the 126 countries that submitted global progress reports in the 2012 cycle, the most prevalent measures adopted referred to the protection against exposure to tobacco smoke (83.0% for all countries and 100% for the group of Latin American countries). Among the five countries selected for detailed analysis, the measures referring to the reduction of demand and offer of tobacco were the most frequent. Measures focused on reducing environmental damage were rare. Brazil and Mexico had the most advanced FCTC status among the studied countries.

**Conclusions.** Latin America presented a high proportion of States Parties with established FCTC recommended measures. The heterogeneity of the FCTC status in the five selected countries suggests that the implementation of tobacco control policies depends on specific aspects of each country.

**Key words** Nicotine; health policy; smoke-free policy; smoking; tobacco; Latin America.

---