



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO

COMITÉ REGIONAL AFRICANO

AFR/RC55/13

17 de Junho de 2005

Quinquagésima-quinta sessão

Maputo, Moçambique, 22-26 de Agosto de 2005

ORIGINAL: INGLÊS

Ponto 8.7 da ordem do dia provisória

**IMPLEMENTAÇÃO DA CONVENÇÃO-QUADRO
PARA A LUTA ANTI-TABÁGICA NA REGIÃO AFRICANA:
ESTADO ACTUAL E CAMINHO FUTURO**

Relatório do Director Regional

RESUMO

1. Em 27 de Fevereiro de 2005, entrou em vigor a Convenção-Quadro da OMS para a Luta Anti-Tabágica, a qual passou a ser legalmente vinculativa para os primeiros 40 países, incluindo cinco países africanos, que se tornaram Partes Contratantes, antes de 30 de Novembro de 2004.
2. Desde 1 de Março de 2005, oito países da Região Africana ratificaram a Convenção e trinta e um estão a dar os passos necessários para a ratificar. É imperioso definir os objectivos e elaborar planos e estratégias para a implementação da Convenção na Região Africana.
3. A indústria tabaqueira continua a expandir-se de forma agressiva, nos países em desenvolvimento, e a colocar obstáculos à eficácia da luta anti-tabágica, influenciando as vendas e os programas de responsabilidade social das empresas.
4. A elaboração de um plano de acção nacional e a criação dos quadros legais e institucionais necessários à sua aplicação constituem passos essenciais para a implementação da Convenção.
5. Solicita-se ao Comité Regional que analise este documento e aprove os passos propostos para a acção.

ÍNDICE

	<i>Parágrafos</i>
INTRODUÇÃO	1–8
ESTADO ACTUAL	9–14
DESAFIOS E OPORTUNIDADES	15–19
O CAMINHO EM FRENTE	20–31
CONCLUSÃO	32–34

INTRODUÇÃO

1. O uso do tabaco é a maior causa de morte evitável em todo o mundo, estimando-se que é responsável por 4,9 milhões de óbitos todos os anos, em comparação com 3 milhões de óbitos anuais por HIV/SIDA. Em 2020, o número de óbitos será de 10 milhões, dos quais 70% nos países em desenvolvimento.

2. Em África, a prevalência do uso do tabaco era, em 2000¹, de 29% nos homens e de 7% nas mulheres e havia 200.000 mortes associadas ao tabaco². Os estudos indicam, também, que o tabaco é uma causa importante do cancro da boca³. O fumo aumenta o risco de infecções. O maior impacto do fumo do tabaco sobre a saúde pública, no que diz respeito às infecções, é o aumento do risco de tuberculose, um problema particular em África. O tabaco é um factor de risco major para o cancro do pulmão e doenças cardiovasculares. A epidemia do tabaco aumenta o duplo problema das doenças na Região. A África defronta-se, actualmente, com o problema do HIV/SIDA e do paludismo e precisa de combater a epidemia do tabaco, a qual é perfeitamente evitável.

3. A situação vai de mal a pior, no momento em que a indústria tabaqueira se desloca para as regiões pobres do sul, na sua fuga à legislação severa que existe nos países desenvolvidos. Em 1995, o consumo total de cigarros cifrava-se em 131.181 milhões. Este número subiu para 212.788 milhões em 2000⁴. Os resultados do Inquérito Mundial aos Jovens sobre o Consumo do Tabaco revelaram uma prevalência de consumo nos jovens em idade escolar, entre os 13 e os 15 anos, que ia dos 10% em Moçambique até 33% no Uganda.⁵

4. Os custos da epidemia do tabaco para a economia são devastadores para a África, onde 10 países são exportadores de tabaco processado e os restantes importadores⁶, trocando recursos escassos por produtos do tabaco. Este padrão repete-se nas famílias pobres, que gastam dinheiro em tabaco, em vez de o gastarem nas necessidades básicas, como a alimentação e a educação. O tabaco mata as pessoas que se encontram na plenitude da sua produtividade, privando as nações de uma força de trabalho saudável e acelerando o ciclo das doenças, da pobreza e da morte. A morte prematura de um chefe de família significa, muitas vezes, uma condenação para a sobrevivência da família.

¹ Guindon E, Boxcar D, Past, current and future trends in tobacco use. HNP Discussion Paper, Economics of Tobacco Control Paper No. 6, Geneva, WHO/World Bank, 2003.

² WHO, *The world health report 2002: Reducing risks, promoting health life*, Geneva, World Health Organization, 2002.

³ Adewole RA, Alcohol, smoking and oral cancer: a 10-year retrospective study at Base Hospital, Yaba, *West African Journal of Medicine*, 21 (2): 142–145, 2002; Pacella-Normal R, Urban MI and Beral V, Risk factors for esophageal, lung, oral and laryngeal cancers in black South Africans, *British Journal of Cancer*, 86(11): 1751–1756, 2002; Macigo FG, Mwaniki DL and Guthua SW, Influence of cigarette filters on the risk of developing oral leukoplakia in a Kenyan population, *Oral Diseases*, 7(2): 101–105, 2001.

⁴ Guindon E, Boxcar D, Past, current and future trends in tobacco use. HNP Discussion Paper, Economics of Tobacco Control Paper No. 6, Geneva, WHO/World Bank, 2003.

⁵ CDC URL: <http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/factsheets.htm> (consultado em 7 de Dezembro de 2004).

⁶ FAO Database. URL: <http://apps.fao.org/default.jsp> (consultado em 7 de Dezembro de 2004).

5. Nas comunidades produtoras de tabaco, muitos agricultores estão altamente endividados, mal ganhando para pagar os empréstimos que contraíram para semear nas suas terras. O cultivo do tabaco contribui igualmente para a desflorestação, a erosão dos solos e a poluição dos lençóis freáticos. Esta degradação ambiental resulta na perda da biodiversidade e agrava ainda mais a pobreza.

6. Foi pelas razões acima mencionadas que a Assembleia Mundial da Saúde publicou o primeiro tratado sobre saúde pública, a Convenção-Quadro para a Luta Anti-tabágica.⁷ Esta Convenção foi aprovada em Maio de 2003 e aberta a assinaturas entre 16 de Junho de 2003 e 29 de Junho de 2004.

7. O objectivo da Convenção é proteger as gerações presentes e futuras contra os efeitos devastadores de natureza sanitária, social, ambiental e económica do consumo e exposição ao tabaco. A Convenção constitui um quadro para medidas de luta anti-tabágica, a implementar pelos membros, a nível nacional, regional e internacional, de forma a reduzir substancial e continuamente a prevalência do uso do tabaco e da exposição ao fumo.

8. O presente documento descreve o actual estado da Convenção e propõe passos para a sua implementação na Região Africana, a nível nacional, incentivando os países não aderentes a aceitar, aprovar, ratificar ou aceder ao tratado.

ESTADO ACTUAL

9. Depois da aprovação da Convenção-Quadro para a Luta Anti-Tabágica, 39 dos 46 Estados-Membros da Região Africana da OMS assinaram o tratado e nove países⁸ ratificaram-no, desde 1 de Julho de 2005. O Tratado passou a ser uma lei internacional vinculativa para os primeiros 40 países aderentes, em 27 de Fevereiro de 2005, 90 dias após a quadragésima ratificação, pelo Peru, em 30 de Novembro de 2004; entre estes, estão cinco países da Região Africana. O Tratado vinculará outros membros, no nonagésimo dia após o depósito do instrumento de ratificação, aprovação, aceitação ou acessão.

10. Os países podem tornar-se Membros da Convenção através de ratificação, aceitação, aprovação ou acessão. A ratificação é um acto que indica à comunidade internacional o empenho de um país no cumprimento das obrigações decorrentes da Convenção-Quadro da OMS para a Luta Anti-Tabágica. O processo de ratificação terá de ser precedido da assinatura, cujo prazo terminou em 29 de Junho de 2004.

11. A aceitação e a aprovação têm o mesmo efeito legal da ratificação. A assinatura sujeita a aceitação ou aprovação foi recentemente introduzida na prática do tratado, para dar ao país mais oportunidades de analisar o tratado, mas não necessariamente para este se sentir obrigado a submetê-lo a qualquer procedimento especial constitucional. Tal como a ratificação, o instrumento terá de ser depositado na Secção do Tratado, nas Nações Unidas, em Nova Iorque.

⁷ Resolution WHA48.11, An international strategy for tobacco control. In: *Forty-eighth World Health Assembly, Geneva, 1-12 May 1995. Volume III: Handbook of resolutions*. Geneva, World Health Organization, 1995 (WHA48/1995/REC/1).

⁸ Botsuana, Gana, Quénia, Lesoto, Madagáscar, Ilhas Maurícias, Senegal, Seychelles e África do Sul.

12. Os não signatários da Convenção podem tornar-se Membros, através do processo de adesão. A acessão tem o mesmo efeito legal que a ratificação. Contudo, a acessão requer apenas um passo, o depósito de um instrumento de acessão na Secção do Tratado, nas Nações Unidas, em Nova Iorque.

13. Os países africanos estiveram bem representados durante as negociações e constituíram uma liderança sólida na elaboração de um tratado abrangente. O processo da Convenção criou uma nova onda de consciência e empenho político para a resolução da epidemia do tabaco na Região. As organizações não-governamentais também desempenharam um papel relevante, dando forma à posição regional sobre a Convenção e continuando a impulsionar o processo de implementação.

14. A Região Africana está a fazer progressos notáveis nos esforços de implementação da Convenção. Neste momento, 12 países encontram-se em vários estádios de revisão da sua legislação sobre o tabaco, incluindo a proibição de publicidade e exposição ao fumo do tabaco; quatro países estão a elaborar planos nacionais de acção.

DESAFIOS E OPORTUNIDADES

15. Os principais desafios são:

- a) proteger as políticas de saúde pública contra os interesses comerciais da indústria tabaqueira e garantir intervenções eficazes que contrariem os efeitos sociais de uma publicidade persuasiva e enganosa;
- b) reforçar as capacidades dos profissionais de saúde, para a prevenção e redução do consumo do tabaco; melhorar os recursos financeiros e humanos de apoio a programas abrangentes da luta anti-tabágica; e encorajar o envolvimento, na luta anti-tabágica, dos sectores externos à saúde;
- c) assegurar que a luta anti-tabágica seja incluída nas agendas nacionais de desenvolvimento e investir em fontes viáveis e alternativas sustentáveis de rendimento económico, para os países fortemente dependentes dos rendimentos do tabaco.

16. Existem várias oportunidades para a implementação da Convenção nos países. A implementação começa com a aplicação das estratégias que já tenham sido adoptadas pela Região, para estimular as acções de luta anti-tabágica⁹. É necessária a integração da luta anti-tabágica nos programas nacionais existentes de luta contra o HIV/SIDA, o paludismo e a tuberculose, visto que o tabaco é um importante factor de risco para a tuberculose, interferindo igualmente com o sistema imunitário.

⁹ OMS, *Promoção da saúde: uma estratégia para a Região Africana*, Brazzaville, Organização Mundial de Saúde, Escritório Regional Africano, 2003 (AFR/RC51/12 Rev.1); OMS, *Saúde dos adolescentes: uma estratégia para a Região Africana*, Brazzaville, Organização Mundial de Saúde, Escritório Regional Africano, 2001 (AFR/RC51/10 Rev.1); OMS, *Estratégia regional para a saúde mental 2000–2010*, Brazzaville, Organização Mundial de Saúde, Escritório Regional Africano, 1999 (AFR/RC49/9).

17. A firme posição da comunidade do desenvolvimento, nomeadamente o Banco Mundial e a União Europeia, sobre o controlo do tabagismo e a recente resolução do Conselho Económico e Social¹⁰ oferecem aos países novas oportunidades para aceitarem o desafio da luta anti-tabágica, assim como para reforçarem as suas capacidades na consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à redução da pobreza e à melhoria da saúde.

18. Têm sido preparados inquéritos sobre o tabaco para serem aplicados junto dos jovens em idade escolar, dos funcionários das escolas e dos profissionais de saúde, com a finalidade de recolher informação destinada à elaboração de políticas e programas. O manual da OMS *Construir blocos para a luta anti-tabágica*, recentemente publicado, fornece orientações práticas para a criação de programas de luta anti-tabágica a nível de país.

19. Apesar do poderio económico e da capacidade inventiva da indústria tabaqueira, o facto é que a maré se está a virar contra ela, como comprovam abundantemente as recentes vitórias jurídicas, obtidas em tribunais dos Estados Unidos. A comemoração do Dia Mundial Sem Tabaco continua a reforçar a advocacia da luta anti-tabágica.

O CAMINHO EM FRENTE

O papel dos países

20. Os Estados-Membros deverão tirar partido da reconhecida ligação entre a luta anti-tabágica e a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio, devendo trabalhar activamente para a integração das doenças não-transmissíveis na luta anti-tabágica, durante a avaliação intermédia das Metas de Desenvolvimento do Milénio, em 2005.

21. Relativamente à Convenção, os países da Região Africana agrupam-se, actualmente, em três categorias: os signatários com ratificação, os signatários sem ratificação e os não signatários. Os países que não são Partes da Convenção devem fazer desta o seu principal objectivo e são encorajados a tomar medidas concretas no sentido da ratificação e acessão. Por isso, é necessário que se estabeleçam parcerias eficazes com agências não-governamentais locais, que trabalhem na área da luta anti-tabágica, para se reforçar a advocacia da acessão, aprovação, aceitação ou ratificação. Dada a diversidade de experiências dos Estados-Membros na luta anti-tabágica, sugerem-se vários passos para facilitar a implementação da Convenção, a nível de país.

22. O primeiro passo do processo de implementação da Convenção é desenvolver o necessário quadro legal e institucional ou adaptar um quadro já existente aos requisitos da Convenção.

23. O segundo passo é criar um plano nacional de acção, que indique como é que o país pretende fazer face à epidemia do tabaco. Esse plano deverá incluir um cronograma, um orçamento e um prazo para a sua execução. Para a facilitação, os países deverão criar um mecanismo nacional de coordenação que funcione a tempo inteiro e designar um ponto focal nacional no seio do sector da saúde. Os países deverão legitimar o plano de acção nacional, através da sua aprovação oficial.

¹⁰ ECOSOC resolution—Tobacco control, New York, United Nations Economic and Social Council, 2004.

24. Deve criar-se uma comissão directiva multisectorial nacional, para assegurar que o plano de acção fique ligado a outras comissões relevantes, a organizações não-governamentais e a órgãos de coordenação no sector da saúde. Uma ampla consulta é fundamental para criar um sentido de apropriação entre as partes envolvidas na implementação e na aplicação. Os papéis e responsabilidades devem ser claramente definidos e acordados para cada um dos sectores envolvidos. Para garantir a sustentabilidade, o aspecto sanitário da luta anti-tabágica deve ser integrado nos serviços nacionais dos cuidados primários de saúde. A principal prioridade da comissão directiva é a promoção da saúde pública, através da luta anti-tabágica. Por essa razão, os representantes da indústria tabaqueira não deverão ser aceites como membros da Convenção.
25. O terceiro passo é a análise da situação. Cada país deverá determinar as suas necessidades e recursos para a luta anti-tabágica. Entre a informação necessária inclui-se o estado actual da prevalência do uso do tabaco, por sexo e grupo etário, taxa de consumo anual, volume das importações e produção anual e práticas de luta anti-tabágica. São também necessários dados referentes a: morbidade e mortalidade decorrentes do tabagismo; impacto económico e sanitário do uso do tabaco; eficácia das várias intervenções no domínio da luta anti-tabágica; ambiente político relativamente à luta anti-tabágica, portas de entrada existentes para a integração nos serviços de saúde e actividades interdepartamentais; conhecimentos, crenças e atitudes das populações; actividades da indústria tabaqueira. Os instrumentos existentes, como o Inquérito Mundial aos Jovens sobre Consumo de Tabaco, deverão ser usados sempre que possível.
26. O quarto passo é a promoção da comunicação e da sensibilização das populações. O plano de acção deverá ser lançado e amplamente divulgado, de forma a informar o público sobre as intenções dos governos, o que pode fazer-se através de conferências de imprensa, comunicados de imprensa e outros canais de comunicação apropriados e eventos mediáticos. É importante transmitir informação rigorosa e reforçar a sensibilização das populações e dos parlamentares, para aumentar o apoio à luta anti-tabágica.
27. Devem ser criadas parcerias eficazes com associações de profissionais de saúde, com o sector da educação e os meios de comunicação social, para encorajar a mudança de comportamentos e aumentar o apoio aos programas de abandono do tabaco.
28. O quinto passo inclui a monitorização, vigilância, avaliação e notificação. A vigilância deverá informar sobre: as alterações registadas na prevalência do uso do tabaco; a mortalidade e a morbidade associadas ao tabaco; conhecimentos, atitudes e opiniões; número e tipo de medidas políticas; resultados económicos, nomeadamente custos dos tratamentos médicos; e eficácia das actividades de luta anti-tabágica. Os países deverão criar sistemas de monitorização e avaliação das políticas de luta anti-tabágica, assim como das actividades da indústria tabaqueira.
29. O sexto passo consiste em explorar as medidas económicas e iniciativas de financiamento. Os países deverão explorar as medidas económicas que lhes permitam financiar e mobilizar os recursos necessários para apoio às iniciativas, com a participação de outros financiadores, incluindo organizações não-governamentais e o sector privado.

Papel da OMS e de outros parceiros

30. A OMS deverá continuar a prestar apoio técnico aos países. Mais especificamente, a OMS dará apoio:

- a) aos países, técnica e materialmente, para a elaboração de políticas e legislação;
- b) à formação de capacidades, para planear e implementar a investigação e as acções propostas;
- c) à mobilização de recursos, para os programas nacionais de luta anti-tabágica;
- d) à advocacia, para sensibilização da rede de parlamentares africanos;
- e) à criação de centros de colaboração para a luta anti-tabágica.

31. A colaboração deve ser reforçada para garantir que os Estados-Membros recebam um apoio adequado para a criação, implementação, monitorização e avaliação dos programas de luta anti-tabágica. Essa colaboração deverá envolver financiadores como a União Africana, o Banco Mundial, a Nova Parceria para o Desenvolvimento da África, as organizações regionais e sub-regionais relevantes, as organizações não-governamentais internacionais e nacionais, as instituições académicas e as iniciativas mundiais, como os inquéritos sobre o tabagismo.

CONCLUSÃO

32. Os países que ratificaram o Tratado terão, agora, de proceder à implementação da Convenção, por forma a reduzir o uso do tabaco no seio das suas populações. Os países que assinaram mas não ratificaram o Tratado devem acelerar o processo de ratificação. Os países que não assinaram a Convenção devem acelerar o processo de adesão ao Tratado. Nos 46 Estados-Membros da Região Africana, a importância da saúde pública deve sobrepor-se a qualquer tipo de importância económica do tabaco. A implementação da Convenção nos países contribuirá para atingir as Metas de Desenvolvimento do Milénio das Nações Unidas, através da melhoria da saúde.

33. Todos os países que não tenham ainda ratificado ou assinado o Tratado, deverão tomar todas as medidas necessárias no sentido de se tornarem partes contratantes e assim puderem participar integralmente na Primeira Conferência das Partes.

34. Solicita-se ao Comité Regional que analise e aprove os passos propostos para a implementação da Convenção.