

Observatório sobre Regulação Internacional de Fatores de Risco Associados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis



NETHIS

NÚCLEO DE ESTUDOS SOBRE
BIOÉTICA E DIPLOMACIA EM SAÚDE



FIOCRUZ

Relatório Técnico de Pesquisa “Projeto Observatório de Regulação Internacional de Fatores de Risco Associados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis”

Fundação Oswaldo Cruz – Gerência Regional de Brasília

Diretora: Fabiana Damásio

Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde

Coordenador: José Paranaguá de Santana

Roberta de Freitas Campos

Débora Donida da Fonseca

João Victor Viegas

Revisão e edição

Roberta de Freitas Campos

André Freire

Brasília, 2024

Sumário

1. Uruguai	3
1.1. Sistema de Saúde	3
1.2. Sistema Regulatório	20
1.3. Metodologia	24
1.4. Identificação das Regulações	24
Anexo	31
Referências	80

Observatório de Regulação Internacional de Fatores de Risco Associados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis - Identificação de regulações nos países-

1. Uruguai

1.1. Sistema de Saúde

Segundo Lobato (2012) o sistema de saúde de um país se caracteriza como o conjunto de relações, ações, políticas e esforços com o objetivo de evitar ou controlar situações que possam causar adoecimento à população. As particularidades dos sistemas de saúde, bem como as reformas periódicas, são derivadas da história, da política e de características culturais, sociais e econômicas próprias de cada país.

Tendo em vista o objetivo específico do Observatório de mapear as regulações dos países relacionadas aos quatro fatores de risco causados por produtos – agrotóxicos, álcool, alimentos ultraprocessados e tabaco – que estão associados à ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), se faz necessária a compreensão do sistema de saúde de um país, as condições econômicas e a estrutura política vigente.

Antes da reforma da saúde no Uruguai em 2007, a oferta de serviços de saúde pelo Estado baseava-se no modelo residual, ou seja, dirigido a grupos populacionais que não dispunham de outros meios de cuidado, especificamente os que não podia arcar com os custos da seguridade privada. Os principais pontos relativos à organização do sistema de saúde uruguaio serão expostos a seguir, na seguinte estrutura: contexto pré-reforma sanitária, implantação do *Sistema Nacional Integrado de Salud*; *Ministerio de Salud Pública* e as competências dos órgãos desconcentrados; *Seguro Nacional de Salud*; características das prestadoras de serviços de saúde; fontes de financiamento e atual situação de saúde da população uruguaia.

O Uruguai possui regime democrático constitucional e governo presidencialista organizado pelos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. O poder executivo é representado pelo presidente da república atuando em conjunto com os ministros de cada pasta ou no âmbito do conselho de ministros, convocado por qualquer um dos

membros para pleitear temas específicos. O atual presidente do Uruguai, Tabaré Ramón Vázquez Rosas, foi eleito em 2015 com mandato de 5 anos. É médico de formação e faz parte do partido Frente Amplio, mesmo partido de José Mujica, seu predecessor. Vázquez cumpre seu segundo mandato não consecutivo como presidente, sendo o primeiro entre os anos de 2005-2010 (ISAGS, 2012). A constituição vigente no país foi promulgada em 1967 com modificações plebiscitárias em 1989, 1994, 1996 e 2004.

A primeira normativa sobre o sistema de saúde pública se deu por meio da lei 9.202 de 1934, que estabelece como competência do Estado a função de polícia sanitária e a oferta de serviços gratuitos de saúde para situações de extrema pobreza. Posteriormente, o artigo 44 da constituição de 1967, diz que o cuidado com a saúde é responsabilidade de cada cidadão, sendo disponibilizado gratuitamente pelo Estado caso o mesmo não tenha condições suficientes para provê-lo. A partir de então, o Estado fica responsável por legislar sobre a saúde e condições sanitárias, buscando proporcionar boas condições físicas, morais e sociais para a população, sendo que o setor saúde não poderá se descentralizar do governo como ente autônomo, embora possa lhe ser conferida certa autonomia para a operacionalização dos serviços (URUGUAY, 1967).

Desde a declaração da independência, em 1828, há o adiantado debate político e o investimento estatal na educação, que corroboram para a legitimidade do regime democrático e conseqüentemente o sentimento de cidadania na população. O longo período de regime democrático no país no decorrer do século XX quando comparado a outros países latino-americanos, incentivou a implantação de políticas de valorização dos diversos grupos populacionais por meio da garantia de direitos sociais, econômicos e culturais (ALMEIDA, 2011; MITJAVILA, 2002).

O período ditatorial que interrompeu a democracia entre 1973 e 1985 tornou a reconquista dos direitos políticos e o fortalecimento das instituições públicas uma prioridade, evidenciando no Estado e na população a necessidade de expandir o debate e incorporação de direitos na agenda política (BUÑO, 2014).

Esse contexto proporcionou um alto desenvolvimento social para a população reforçado pelo Estado e garantido mediante políticas públicas. Até os dias de hoje o Uruguai possui condições sociais notáveis, possui um dos maiores salários mínimos

da América Latina de 15000 pesos uruguaios¹, que equivalem a cerca de 430 dólares americanos. É considerado pelo *Transparency Internacional*, organização civil global de combate à corrupção, o país menos corrupto da América Latina, ocupando a 23ª posição no ranking mundial².

Entretanto, o modelo de proteção social e à saúde vigente antes da reforma se encontrava fragmentado, com a gestão e prestação atribuídas a diversos atores – programas como assistência alimentar, socialização precoce, redução de riscos sociais, de saúde, maus tratos familiares e trabalho infantil estavam indeterminadamente entre as atribuições de organismos como o *Instituto Nacional del Menor* (INAME, hoje INAU), *Programa Centros de Atención a la Infancia y la Familia* (CAIF), *Red de ONG de Infancia y Adolescencia*, *Instituto Nacional de Alimentación* (INDA), *Ministerio de Salud Pública* (MSP), *Administración Nacional de Educación Pública* (ANEP), *Programa de Infancia y Familias* OPP/BID – o que dificultava que ações integrais e integradas de proteção fossem desenvolvidas (BUÑO, 2014).

No que diz respeito à saúde especificamente, baseava-se num modelo misto composto por atenção privada e pública. A saúde pública era ofertada por meio de seguros obrigatórios aos trabalhadores formais ativos – ou privados em seguro desemprego – e aos aposentados de baixa renda cobertos pela seguridade social. A saúde privada era provida por meio de seguros privados ou pagamentos diretos. Dos gastos totais com a saúde 26,6% representavam o setor público, 88% destes provenientes dos impostos, e 71,4% o setor privado, dos quais 59% correspondem ao pagamento prévio por meio de seguros (BUÑO, 2014).

A assistência privada ocorria nas *Instituciones de Asistencia Médica Colectivas* (IAMC), que são empresas privadas sem fins lucrativos, e pelos seguros privados de saúde, em que o *Banco de Previsión Social* (BPS) era responsável por intermediar a contratação dos serviços para os trabalhadores formais. A assistência pública se realizava nas ASSE (*Administración de los Servicios de Salud del Estado*) (ISAGS, 2012).

Este modelo apresentava limitações para a oferta de serviços de saúde para a população uruguaia além de ser contrária às tendências de universalização e recomendações de órgãos mundiais. O caráter público e privado da assistência

¹ Instituído pelo decreto n° 25/019 de 23 de janeiro de 2019.

² Disponível em: https://www.transparency.org/news/feature/corruption_perceptions_index_2017.

oferecida no país, com múltiplas fontes de financiamento e assistência, ocasionou uma baixa uniformidade na cobertura e serviços ofertados, além da superposição de atores, falta de sistematização das políticas e o conseqüente desperdício de recursos, o sistema de saúde apresentava um modelo assistencialista que não contemplava as principais necessidades de saúde da população naquele momento, diminuindo a confiança e percepção de qualidade de seus usuários. A predominância de serviços não integrais estimulava a atenção episódica, despersonalizada e pouco resolutiva utilizando recursos desproporcionais e fomentando as iniquidades. O financiamento dos serviços de saúde baseava-se em fontes públicas. A seguridade social pagava uma cota única por cada usuário, independentemente das necessidades mais ou menos complexas de cada um. Considerando estes fatores, entre 1998 e 2003 o modelo de saúde entrou em uma crise de sustentabilidade, sendo necessária uma reformulação estrutural, principalmente das fontes de financiamento (BUÑO, 2014; LEVCOVITZ, 2016).

Apesar de se manter estável nas crises econômicas mundiais, em 2001 o Uruguai passou por uma recessão econômica, causada pela queda do real brasileiro e a concomitante crise econômica da Argentina, os dois países mais presentes nas relações comerciais do país. A situação foi agravada pelo surto de febre aftosa no gado, sendo a pecuária uma das bases da economia uruguaia. Segundo Buño (2014) neste período foi identificado um aumento na concentração de renda e das desigualdades socioeconômicas que haviam se mantido estáveis no período anterior. Buscando a restauração econômica e a diminuição dos efeitos da crise, principalmente as implicações socioeconômicas como a pobreza e a mendicância, o governo instituiu uma série de políticas sociais de equidade e de reforma do Estado a partir de 2005 que objetivavam um novo olhar sobre as obrigações do Estado e as políticas sociais (ALMEIDA, 2011; MITJAVILA, 2002).

Buño (2014) aponta alguns eixos operativos prioritários na organização das políticas após a reforma social. Entre elas: necessidade da abordagem intersetorial da formulação das políticas sobre seguridade social do país; a descentralização e divisão territorial operativa e administrativa com a criação de agências descentralizadas, garantindo o olhar sobre as particularidades das diferentes populações e o seu envolvimento na política; uma nova relação público-privado na operacionalização de políticas para a melhoria do controle estatal nos serviços

contratados bem como o incentivo à economia nacional e promoção das empresas sem fins lucrativos; a participação cidadã por meio de conselhos para a transparência, consulta e inserção da população na administração pública; a sustentabilidade dos serviços por meio do rigor na condução fiscal dos recursos e a melhora na qualidade dos gastos visando a estabilidade econômica e a ampliação do serviço com os mesmos recursos.

Neste contexto, em 2007 ocorreu a reforma do sistema de saúde uruguaio, um dos eixos do plano de equidade do governo, que se iniciou com a criação de um Conselho Consultivo composto por diversos atores do setor saúde – como o MSP, as IAMCs, conselhos de categorias profissionais, a *Universidad de la República* (Udelar), trabalhadores e usuários – que deliberaram sobre a incorporação de ações e serviços no sistema, de acordo com os eixos da intersectorialidade e a participação cidadã (BUÑO, 2014).

O *Sistema Nacional Integrado de Salud* (SNIS) foi regulamentado pela lei nº 18.211 de dezembro de 2007 e compreendia os seguintes princípios regentes³:

1. Promoção da saúde com ênfase nos Determinantes da Saúde e estilo de vida;
2. Intersectorialidade das políticas com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população;
3. Cobertura universal, acessibilidade e sustentabilidade dos serviços;
4. Equidade, continuidade e oportunidade (garantia de acesso);
5. Orientação preventiva, integral e humanista;
6. Qualidade integral da atenção, que por meio de normas respeite os princípios da bioética e os direitos humanos;
7. Respeito ao direito e às escolhas do usuário;
8. Participação social dos trabalhadores e usuários;
9. Solidariedade no financiamento;
10. Eficácia e eficiência em termos econômicos e sociais;
11. Sustentabilidade na alocação de recursos para a atenção integral.

A lei de criação do SNIS estabelece que todo cidadão tem direito à proteção da saúde, englobando, nesse contexto, o serviço público e o privado. A atenção à saúde passa a ser ofertada por meio da seguridade social, no qual se quer assegurar

³ Lei nº 18.211 disponível em: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/18.211.pdf>.

cobertura universal com financiamento equânime, dividido de forma a diminuir as desigualdades socioeconômicas e garantir a sustentabilidade econômica do sistema (ISAGS, 2012). A lei nº 18.355, que define os direitos e obrigações dos usuários, explicita a escolha do usuário à forma de afiliação ao sistema, bem como o sigilo entre médico e paciente, atenção integral, igualdade, qualidade e informação⁴. A implantação do sistema bem como a proteção dos seus princípios norteadores é de responsabilidade do MSP (ISAGS, 2012; BUÑO, 2014).

O SNIS foi criado em formato de rede de atenção, priorizando as necessidades dos usuários e organizando-se de acordo com o nível de complexidade dos serviços. O primeiro nível de atenção abrange atividades desenvolvidas para a pessoa, a família, a comunidade e o meio ambiente que buscam satisfazer as necessidades básicas cotidianas dos usuários. Abrange a atenção ambulatorial, domiciliar, urgência e emergência. O segundo nível de atenção abrange um conjunto de procedimentos de caráter clínico, cirúrgico, ou obstétrico em que é necessária estadia média ou breve em centro hospitalar. O terceiro nível de atenção abrange procedimentos destinados a enfermidades de longa duração e alta especialização e complexidade tecnológica (BUÑO, 2014; ISAGS, 2012).

As mudanças estabelecidas após a reforma exigiram mudanças operacionais do financiamento à atenção. Para a operacionalização dos serviços, foi criado o *Fondo Nacional de Salud* (FONASA), que reúne a arrecadação, em maio de 2007 e houve a descentralização da ASSE – principal prestadora de serviços públicos de saúde – do âmbito do MSP em julho de 2007. A reforma também demandou a criação da *Junta Nacional de Salud* (JUNASA), órgão desconcentrado do MSP que detém competência regulatória e administrativa sobre o SNIS (BUÑO, 2014).

O órgão executor responsável pela organização, direção e regulamentação das ações específicas de saúde no país é o *Ministerio de Salud Pública*, sendo todas as ações do setor centralizadas em suas unidades desconcentradas. O MSP tem como objetivo alcançar o mais alto nível de saúde da população por meio de políticas públicas e programas articulados de promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento oportuno, recuperação e reabilitação da saúde. Como competência o MSP deve elaborar políticas e regulações, conceder licenças aos prestadores de serviços

⁴ Lei nº 18.355 disponível em: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2371387.htm>.

integrais de saúde, aprovar os programas no âmbito do SNIS, promover pesquisas de situação de saúde e elaborar planos integrais⁵.

Por meio do decreto nº 465/2008 de 3 de outubro de 2008 do MSP, se cria o *Plan Integral de Atención en Salud* (PIAS) que consiste em um pacote de serviços obrigatórios que deve ser seguido por prestadoras públicas e privadas que integrem o SNIS. Este pacote deve ser atualizado periodicamente para a expansão progressiva do *Seguro Nacional de Salud* (SNS) e a incorporação de novos serviços e tecnologias, tendo como base as evidências científicas e as necessidades epidemiológicas da população. É uma das principais ferramentas de garantia da qualidade e eficiência na prestação de serviços de saúde. Dentro do conjunto de serviços oferecidos a partir do PIAS⁶, encontram-se as ações de saúde coletiva em que é possível identificar estratégias de redução de fatores de risco como obesidade, consumo de sal e açúcar (ARAN, 2011).

A partir do PIAS se estabelecem contratos de gestão da prestação integral de serviços, a ser fiscalizados pelo JUNASA, normas de inclusão de protocolos e guias e princípios de gestão da qualidade. As modalidades de atenção cobertas pelas prestadoras de caráter integral foram reunidas em catálogo do MSP publicado pelo mesmo decreto. Prevê a mudança da lógica de exclusão de serviços à descrição e definição detalhada do conjunto de procedimentos oferecidos por serviços integrais. O MSP é, portanto, o responsável por ações que oferecem subsídios complementares para a melhoria da atenção à saúde pública no nível da macrogestão (BUÑO, 2014; ISAGS, 2012).

A lei nº 17296 de 21 de fevereiro de 2001 institui que o MSP pode realizar reestruturações organizativas que se adequem aos novos modelos de gestão da saúde, podendo fundir, extinguir ou criar novas unidades executoras, cargos e prioridades do sistema, desde que não ultrapasse o orçamento previsto.

Figura 1 – Marco normativo da evolução do sistema de saúde uruguaio.

⁵ Lei nº 18.211 de criação do SNIS e lei nº 9.202 de criação do MSP.

⁶ São incluídos no PIAS: assistência ambulatorial, convencional e hospitalar em medicina geral e/ou medicina da família; cirurgia geral, ginecológica e pediátrica; emergência em medicina geral, pediátrica, cirúrgica e ginecológica; assistência de urgência domiciliar em medicina geral e pediátrica.

Evolução do sistema de saúde uruguaio



Lei orgânica de saúde pública

1934

Estabelece como competência do Estado a função de polícia sanitária e a oferta de serviços gratuitos de saúde para situações de pobreza e cria o MSP.

Constituição de 1967

1967

O artigo 44 reforça que o cuidado com a saúde é responsabilidade de cada cidadão, sendo disponibilizado gratuitamente pelo Estado caso o mesmo não tenha condições suficientes para provê-lo

Lei N° 13640

1967

Criação da Dirección General de la Salud.

2001

Ley N° 17296

Estabelece que o MSP pode realizar reestruturaciones organizativas, comprendendo novos modelos de gestão e gerenciamento de suas unidades executoras.

Ley N° 18.211 11/2007

Regulamenta a criação do Sistema Nacional Integrado de Saúde e criação da JUNASA (Junta Nacional de Salud) como organismo desconcentrado dependente do MSP.

Ley N° 18.161 07/2007

Descentralização da ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado).

Ley N° 18.131 05/2007

Criação do Fondo Nacional de Salud (FONASA) que financia o regime de prestação de serviços do Seguro Nacional de Saúde.

Ley N° 17.930 2005

Define a universalidade e equidade da atenção à saúde garantido por meio de políticas públicas pelo Estado e estabelece a criação de um Sistema Nacional Integrado de Saúde pelo MSP.

Decreto n° 465 2008

Aprova-se os programas integrais de atenção à saúde e o catálogo de prestação de serviços que compõe o PIAS (Plan Integral de Atención em Salud).

Ley N° 18.719 2010

Cria-se a DIGESNIS que visa brindar suporte técnico à implementação do SNIS.

Ley N° 18.719 2015

Suprime a DIGESNIS e cria a DIGECOOR.

Observatório de Regulação Internacional de Fatores de Risco Associados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis – Nethis/Fiocruz Brasília

<https://bioticaediplomacia.org/observatorio/>

Fonte: elaboração própria.

Atualmente o MSP é composto pelas unidades desconcentradas JUNASA (*Junta Nacional de Salud*) e INDT (*Instituto Nacional de Donación y Transplante de Células*), e pelas Direções gerais DIGESE (*Dirección General de Secretaría*), DIGESA (*Dirección General de la Salud*) e DIGECOOR (*Dirección General de Coordinación*).

A relação entre as prestadoras de serviços de saúde, os usuários e a fonte de financiamento, é articulada pela JUNASA, unidade desconcentrada dependente do MSP que administra o SNS e tem como objetivo zelar por seus regulamentos e assegurar a observância dos princípios e objetivos orientadores do SNIS e o cumprimento dos planos integrais por parte das prestadoras. A JUNASA intermedia o pagamento da cota de saúde do FONASA às prestadoras e coordena os contratos de gestão firmados, podendo suspender o repasse das cotas caso os procedimentos contemplados pelo PIAS não sejam ofertados devidamente pelas prestadoras. Foi criado concomitantemente ao SNIS e é subordinado ao MSP (LEVCOVITZ, 2016).

O INDT oferta atenção integral na área de transplantes de células, órgãos e medicina regenerativa a toda a população uruguaia cumprindo aspectos éticos e legais, bem como os princípios de qualidade e eficiência reconhecidos cientificamente. Possui como principais competências a regulação, controle, avaliação, investigação e desenvolvimento da área de doação de órgãos e transplantes, com centralidade na elaboração da política nacional e no zelo por seus princípios.

A DIGESE, coordenada atualmente pelo diretor Humberto Roucco, é o órgão responsável por auxiliar as ações das unidades do MSP com apoio técnico e administrativo visando garantir boas práticas de gestão de recursos e aumentar a eficácia e eficiência das ações. Possui divisões de planejamento, economia, recursos humanos e gestão que atendem às necessidades dos diversos departamentos do MSP. Dentro do DIGESE, encontra-se, por exemplo, a *Área de Planificación Estratégica*, que realiza o planejamento, programação, monitoramento e avaliação periódico das políticas e gestão do MSP. Também é responsável pelas ações de transparência e governo eletrônico (LEVCOVITZ, 2016; ISAGS, 2012).

A DIGESA, unidade executora independente, passou por reestruturação após a reforma sanitária para que suas atividades estivessem em acordo com as necessidades da saúde pública. Seu papel central para a reforma é a coordenação das atividades para diminuir a sobreposição de atores na condução da assistência. Ademais, compete à DIGESA a formulação de normas, meios de controle e políticas públicas de saúde que visem a proteção e promoção da saúde da população, a segurança sanitária e a possibilidade de acesso a toda a população, fortalecendo a autoridade sanitária do MSP. As divisões e subdivisões subordinadas ao DIGESA possuem integração com outras áreas de interesse da administração pública visando

a intersectorialidade das políticas. Possui as divisões de avaliação sanitária, serviços de saúde, fiscalização, saúde ambiental e ocupacional, substâncias controladas, normas e pesquisas e epidemiologia⁷ (BUÑO, 2014; ISAGS, 2012; LEVCOVITZ, 2016).

Atualmente as atividades da DIGESA se concentram nos *Objetivos Sanitarios Nacionales* (OSN), que prioriza o fortalecimento da atenção primária, diminuição de riscos, diminuição da mortalidade com causas evitáveis, construção de uma cultura institucional de qualidade, melhora no acesso nos ciclos de vida, entre outros. O novo *Guia Alimentaria para la Población Uruguaya* que define critérios para a classificação de alimentos e as recentes normativas de advertências do excesso de nutrientes críticos, são resultados da busca pela diminuição da incidência de fatores de risco na população (MSP, 2017).

À DIGECOOR compete a integração do sistema de saúde por meio de estratégias complementares desenvolvidas entre prestadores públicos e privados e a coordenação das *Direcciones Departamentales de Salud*, que são direções locais responsáveis pela saúde nos departamentos, competência transferida da DIGESA à DIGECOOR por meio da Lei n° 19.535 de 3 de outubro de 2017⁸.

O MSP contava ainda com a DIGESNIS, *Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud*, unidade criada em 2011, à qual competia a oferta de serviços para a implementação e consolidação do SNIS, como a prestação de suporte técnico e administrativo no âmbito da assistência. Realizava atividades fundamentais para o SNIS como efetuar os contratos de gestão com as prestadoras, atender ao cumprimento das metas assistenciais definidas junto à JUNASA, controlar a qualidade dos serviços, estudar projetos de ampliação, desenvolvimento, financiamento e regulação do SNS para a ampliação do acesso ao SNIS. Entretanto, a unidade foi suprimida por meio da lei n° 19.355 de 30 de dezembro de 2015⁹. Em 2017 os bens, direitos e obrigações da DIGESNIS foram transferidas para a JUNASA¹⁰.

As mudanças na disposição do sistema de saúde visam reescrever a estrutura organizacional a fim de melhorar o desempenho institucional do MSP. Antes com

⁷ O organograma das direções do *Ministerio de Salud Pública* encontram-se no *site*, no endereço: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Organigrama%20MSP%20UE%20102.pdf

⁸ Disponível em: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/19535-2017>.

⁹ Disponível em: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/19355-2015>.

¹⁰ Transferência regulamentada pelo decreto n° 11/017 de 18 de janeiro de 2017, disponível em: <http://www.impo.com.uy/bases/decretos/11-2017>.

excesso de atores, pouca regulamentação organizacional e insustentabilidade financeira, o MSP passa a ter estrutura para comportar as etapas de planejamento de ações como metas, objetivos, planos de ação, avaliação situacional e avaliação de implementação de políticas públicas, e conseqüentemente contemplar gradativamente toda a população do país.

Quadro 1 – Departamentos e direções do *Ministerio de Salud Pública* do poder executivo da *República Oriental del Uruguay* com indicativo do atual diretor, lei de criação e competências, 2018.

Órgão	Diretor atual	Lei de criação	Competências
JUNASA	Diretório composto por membros nomeados pelo executivo ¹¹ .	Lei nº 18.211 de 5 de dezembro de 2007	Administração do Seguro Nacional de Saúde de acordo com seus regulamentos e observância dos princípios e objetivos orientadores do SNIS. Articula a relação entre as prestadoras de serviços, os usuários e a fonte de financiamento.
DIGESE	Humberto Roucco	-	Apoio administrativo por meio das divisões de planejamento, economia e gestão que atende às necessidades das diversas divisões do MSP.
DIGESA	Raquel Rosa	Lei nº 13.640 de 26 de dezembro de 1967 ¹²	Formula normas, meios de controle e políticas públicas de saúde que visem a proteção e promoção da saúde da população, a segurança sanitária e a possibilidade de acesso a toda a população.
DIGECOOR	Adriana Brescia	Lei nº 19.355 de 30 de dezembro de 2015	Interlocução e coordenação dos órgãos de saúde regionais.
INDT	Dra. Milka Bengochea	-	Regulação, controle, avaliação, investigação e desenvolvimento da área de doação de órgãos e transplantes, com centralidade na elaboração da política nacional e no zelo por seus princípios.

Fonte: elaboração própria (ISAGS, 2012; ARAN, 2011; LEVCOVITZ, 2016).

O vínculo dos usuários aos serviços de saúde varia de acordo com a fonte de financiamento, o tipo de afiliação e o tipo de prestador de serviços. A afiliação ao SNIS

¹¹ Membros representantes dos seguintes órgãos: um representante do Ministerio de Economía y Finanzas (Martín Vallcorba); dois representantes do Ministerio de Salud Pública (Gilberto Ríos; um representante do Banco de Previsión Social (María del Rosario); um representante dos prestadores dos serviços de saúde que compõem o SNIS; um representante dos trabalhadores das prestadoras de serviços de saúde (Jorge Bermúdez); um representante dos usuários dos serviços de saúde bem como os respectivos suplentes, disponível [aqui](#). Arturo Echevarría, Director General de Secretaría (MSP) é o atual presidente da JUNASA.

¹² Com reformulação das competências na reforma sanitária por meio do decreto N° 433/008 de 5 de novembro de 2008, disponível em: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/433-2008/7>.

se dá por meio do *Seguro Nacional de Salud*, que foi criado concomitantemente à reforma sanitária no país com o intuito de diminuir a fragmentação do sistema e garantir a universalidade dos serviços. Segundo Levcovitz (2016) possui como princípio “de cada um de acordo com sua renda para cada um de acordo com suas necessidades”. A adesão independe da atividade laboral pois o SNS objetiva amparar toda a população uruguaia, tanto trabalhadores dependentes e independentes quanto os que não possuem condições de contribuir (ISAGS, 2012).

As prestadoras de serviços de saúde são, em sua maioria, públicas ou privadas sem fins lucrativos. A ASSE (*Administración de los Servicios de Salud del Estado*) tem caráter público e é a principal prestadora de serviços de saúde. Antes vinculada ao MSP foi descentralizada após a reforma sanitária com o objetivo de centralizar a administração, regulação e formulação de políticas no ministério e a prestação de serviços na ASSE como um organismo paraestatal. É auxiliada pelos Hospitais Universitários da Udelar que prestam atendimento nos três níveis de complexidade (ARAN, 2011, BUÑO, 2014).

A atenção privada sem fins lucrativos é realizada pela IAMC (*Instituciones de Asistencia Médica Colectiva*), que consiste em uma associação de profissionais privada que atende a maior parte da população e são reguladas pela autoridade sanitária. Há também a atenção privada com fins lucrativos, financiada diretamente pelos usuários por meio de seguros privados regulados pelo MSP. Todas as instituições citadas se caracterizam como integrantes do SNIS e devem, portanto, garantir a integralidade da atenção e a oferta dos procedimentos descritos no catálogo do PIAS (ARAN, 2011; ISAGS, 2012).

Há ainda prestadores públicos e privados com diferentes níveis de integralidade. Nesta categoria se encaixam os centros de atenção específicos para categorias de profissionais do Estado (militares e policiais, funcionário de empresas públicas, funcionários do BPS e *Banco de Seguros del Estado*, funcionários das *Intendencias Municipales*) e suas respectivas famílias e centros de prestação de serviços parciais para seguros privados parciais. A cobertura da ASSE é de 34% da população uruguaia, 47% da IAMC, 1.3% dos seguros privados e 7% das áreas específicas (ISAGS, 2012).

O FONASA (*Fondo Nacional de Salud*) é desconcentrado do BPS e reúne as contribuições oriundas da arrecadação pública para o repasse às prestadoras de serviços nas ASSE, IAMC e seguros privados.

A fonte do financiamento abarcada pelo FONASA vem de contribuições públicas e privadas. As fontes públicas são advindas dos impostos gerais e departamentais (40%) e da seguridade social que é composta por contribuições dos trabalhadores, dos empregadores e das transferências do governo, totalizando 57%¹³. As contribuições privadas são realizadas pelas famílias por meio de seguros privados (52%), copagamentos (13%) ou despesas diretas (34%). O SNIS oferece gratuidade para: a população diabética, exames para o controle de gravidez, exames preventivos para as mulheres, controles preventivos para menores de 14 anos, desconto de 40% nos medicamentos, até 50 pesos uruguaios de desconto nos medicamentos para hipertensos e um conjunto de descontos para aposentados que ingressem ao FONASA (BUÑO, 2014).

O repasse do dinheiro público às prestadoras ocorre por meio das cotas de saúde, um sistema de distribuição com duas taxas: uma fixa que se ajusta por risco característicos de grupos populacionais, utilizando critérios como idade e sexo, e uma variável, que é disponibilizada de acordo com o cumprimento de metas assistenciais definidas pelo MSP e incrementadas periodicamente desde a reforma. Ou seja, o repasse depende das características dos usuários, onde é possível identificar fatores de risco, e do comprometimento das prestadoras com a oferta de ações para as metas assistenciais. As metas assistenciais em voga visam o cumprimento dos OSN¹⁴ e as necessidades específicas regionais de cada Intendência. Cabe à JUNASA interromper o repasse da taxa variável caso o prestador não cumpra com as metas assistenciais (BUÑO, 2014).

O atendimento de alta complexidade tecnológica responde a mesma lógica dos serviços básicos do SNIS. A arrecadação é mutual, de fontes públicas e privadas, e é reunida pelo FNR (*Fondo Nacional de Recursos*). Destina-se ao financiamento de serviços de saúde de maior custo, alta complexidade tecnológica e baixa prevalência.

¹³ Os trabalhadores contribuem com 3%, 4,5% ou 6% da renda, que depende do valor do salário e da quantidade de filhos dependentes do contribuinte. Caso seja incluído o cônjuge, é adicionado 2% à contribuição. Os empregadores contribuem com 5% do salário nominal de cada trabalhador.

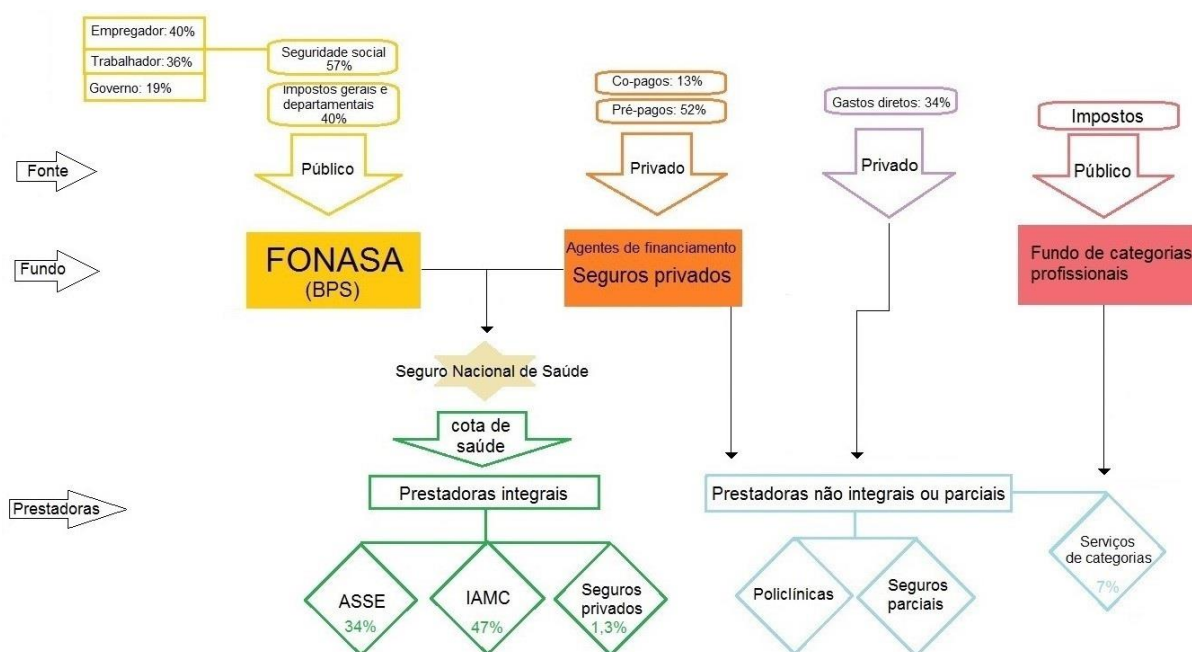
¹⁴ Disponíveis em:

https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1228:compromiso-saludable-objetivos-sanitarios-nacionales-2020&Itemid=310.

O FNR objetiva garantir acesso equitativo a procedimentos e medicamentos de alta especialização. O atendimento altamente especializado é oferecido nos IMAE (*Instituto de Medicina Altamente Especializada*) que podem ser públicos ou privados.

Estes dois agentes de financiamento repassam o aporte para as prestadoras de serviços em um sistema per capita ajustado por risco, ou seja, para cada usuário é repassada certa quantidade de financiamento por procedimento, que varia de acordo com sua idade, sexo e as metas assistenciais da saúde pública.

Figura 2 – Organização do Sistema Nacional Integrado de Saúde quanto a fonte de financiamento, fundo e prestadoras de serviços de saúde.



Fonte: elaboração própria (ARAN, 2011; BUÑO, 2014; ISAGS, 2012).

Em suma, o SNIS é um sistema complexo que abarca diferentes formas de ingresso. Considerando o exposto acima um usuário pode se vincular ao SNS por meio do FONASA ou não e utilizar como prestadora a ASSE, as IAMCs ou os estabelecimentos de saúde próprios dos seguros privados, caso seja essa sua forma de inserção. A forma de afiliação e o estabelecimento de referência para a prestação de serviços é de escolha do usuário. Os policiais e militares são atendidos nos estabelecimentos próprios da sua categoria profissional com aporte dos impostos. Além disso existem seguros com certo nível de integralidade oferecidos pelos seguros privados parciais e que oferecem um conjunto de serviços limitado e existem clínicas

de saúde não integrais que oferecem serviços específicos com pagamento direto. Estes não fazem parte do SNIS. A relação entre o financiamento e a prestação de serviços se encontra ilustrado na figura 2.

A reforma sanitária no Uruguai representou uma medida de diminuição das desigualdades associada à necessidade de implementar alternativas sustentáveis para a ampliação de uma saúde pública universal e de qualidade para a população. O sistema foi implementado de forma basal e a ampliação de serviços e direitos ocorreram paulatinamente ao longo dos anos, tornando-o sustentável economicamente e com uma operacionalização viável. Além disso, o modelo apresentado beneficiava todos os atores envolvidos, o que diminuiu as possíveis resistências políticas. O apoio da sociedade civil foi importante para a concretização do projeto.

O fortalecimento da formação de recursos humanos é um tema prioritário no processo de fortalecimento da reforma sanitária iniciada em 2007 uma vez que estudos apontam brechas na oferta e demanda de ensino. Contrariando o padrão de outros países, a força de trabalho da área médica é quatro vezes maior quando comparada a outras profissões da área da saúde, incluindo os profissionais da enfermagem. Segundo dados de 2016 há 12.675 médicos ativos no país para uma população de 3.480.222, um médico para cada 275 habitantes, aproximadamente. Entretanto, quando analisado por regiões, é possível identificar desigualdade na disponibilidade de profissionais fora da capital Montevideo. Apesar de ter a maior concentração populacional (40%), a presença de 70% dos médicos ativos e inativos do país na capital gera disparidades regionais na disponibilidade de profissionais de saúde (ISAGS, 2012; INE, 2017).

A participação social é um dos princípios reitores do SNIS, sendo parte importante da formulação de políticas públicas, por meio da inclusão da população num processo participativo e colaborativo. Além da direção de alguns órgãos públicos ser formada por um conselho com representação civil, é obrigatório que as instituições de saúde vinculadas ao SNIS criem Conselhos Consultivos e Assessores (CCA) com participação paritária de prestador, usuário e trabalhador. Há também o departamento de atenção ao usuário do MSP que objetiva divulgar informações aos usuários e uma linha oficial, universal, gratuita e nacional para questões, reclamações ou sugestões

sobre o SNIS. No campo dos prestadores privados, as instituições ficam responsáveis por realizar pesquisas de satisfação anuais (ISAGS, 2012).

Em 2004, antes da criação do sistema nacional de saúde, o país já apresentava uma transição demográfica completa, com baixas taxas de mortalidade e natalidade e alta expectativa de vida ao nascer. Portanto, a situação de saúde atual apresenta como características o envelhecimento populacional e a predominância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como as maiores causas de morte no país, principalmente neoplasias (23,5%), cardiopatias cardiovasculares (33%), doenças respiratórias (9,3%) e causas externas (6%). Dentre as neoplasias, se destacam câncer de pulmão (28,1), câncer de próstata (24,8), e câncer de mama (24,5)¹⁵ (OPAS, 2018). Estas representam mais de 70% das mortes no país desde os anos 90. Segundo documento da OMS 84% das mortes no ano de 2017 no Uruguai foram causadas por DCNT.

A taxa de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis permanece alta quando comparada com doenças transmissíveis e causas externas (457,7/100.000) sendo que afeta quase duas vezes mais os homens (612,4/100.000) que as mulheres (352,3/100.000). O Uruguai também possui uma das maiores taxas de suicídio da América Latina, em especial na faixa etária de 20 a 25 anos onde também se identificam disparidades por sexo: 30,8/100.000 hab. de suicídio para homens e 8,3/100.000 hab. para mulheres (OPAS, 2018).

Além disso, 90% da população apresenta pelo menos um fator de risco associado às DCNT: segundo dados da *2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles* de 2014, 28,8% da população é fumante, 64,7% tem sobrepeso ou obesidade, uma em cada duas pessoas consumiu álcool nos últimos 30 dias e 25,3% da população não pratica atividades físicas¹⁶ (MSP, 2014). Pesquisas recentes mostram que 35,4% da população convive com uma DCNT. Estima-se que o consumo de produtos não saudáveis sejam os principais causadores do crescimento das taxas de DCNT no mundo, em particular o consumo de álcool, tabaco e alimentos com alto teor de sal, gorduras e açúcar (STUCKLER, 2012).

¹⁵ Para cada 100.000 habitantes.

¹⁶

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/2DA_ENCUESTA_NACIONAL_final2_digital.pdf

A criação do SNIS impactou positivamente nos níveis de saúde da população e no acesso a serviços integrais de qualidade. O plano da reforma sanitária no país definiu a inclusão gradativa de grupos populacionais antes não contemplados. Inicialmente a universalização cobria os trabalhadores privados, os professores e os profissionais do judiciário. Os trabalhadores do setor público foram incluídos aos poucos e definiu-se que os que se aposentassem manteriam a cobertura. Posteriormente o cronograma de incorporação incluiu os bancários, os cônjuges dos beneficiados e os trabalhadores autônomos (LEVCOVITZ, 2016). Apesar do crescimento da cobertura o gasto público se manteve nos mesmos níveis graças ao novo formato de financiamento sustentável. Em 2004 representava 6,4% do PIB, apresentou queda em 2011 (4,5%, com aumento substancial do gasto privado) e em 2015, 6,4% novamente (OPAS, 2006; 2012; 2018).

Tabela 1 - Afiliações por tipo de instituição e tipo de cobertura, 2017.

-	IAMC	ASSE	Sanidade Policial	Sanidade Militar	Seguros Privados	Total	%
Total	2.158.126	1.248.484	119.391	138.815	104.206	3.769.022	
FONASA	1.974.057	496.233	-	-	45.393	2.515.683	66,70%
Não FONASA	184.065	752.230	119.391	138.792	58.813	1.253.291	33,30%
Sem dados	4	21	-	23	-	48	0,00%

Fonte: *Informe Cobertura Poblacional del SNIS Según Prestador (MSP, 2017)*¹⁷; tradução própria.

Em 2007, ano em que o SNIS foi regulamentado, 784 mil pessoas gozavam de cobertura do sistema de saúde. Em 2017 a cobertura foi ampliada significativamente com um aumento de 252% alcançando 2.5 milhões de pessoas em apenas 10 anos. Até 2016 estima-se que 70% da população uruguaia estava afiliada ao SNIS. Segundo o *Instituto Nacional de Estadística*, em 2017, 98,5% da população tinha acesso a algum tipo de serviço (INE, 2017; LEVCOVITZ, 2016; URUGUAY, *online*¹⁸). O demonstrativo da afiliação ao sistema por tipo de cobertura e financiamento encontra-se ilustrado na tabela 1.

O Uruguai possui números favoráveis na execução dos objetivos do desenvolvimento sustentável no que tange à saúde. Nacionalmente os *Objetivos*

¹⁷ O relatório de cobertura (MSP, 2017) aponta os óbitos e as múltiplas formas de afiliação como causas número total de assegurados ser maior que o real.

¹⁸ <http://www.ods.gub.uy/index.php/avance-pais/avancepais>.

Sanitarios Nacionales estão em consonância com os ODS, e respondem, além das medidas acordadas internacionalmente, às prioridades nacionais para o fortalecimento do sistema de saúde.

1.2. Sistema Regulatório

O controle dos produtos no Uruguai em princípio se ampara constitucionalmente, uma vez que o artigo 44 da constituição estabelece que o Estado legislará sobre todas as questões relacionadas à saúde, buscando melhorias físicas, morais e sociais de todos os habitantes do país, sendo a saúde direito de todos segundo a lei nº 18.211. Ademais, a lei de criação do MSP define que este é responsável por todas as medidas necessárias para a manutenção da saúde pública¹⁹. Caracteriza-se também como principal autoridade sanitária do país, sendo de sua responsabilidade a advertência à população de produtos maléficos à saúde. O SNIS, por sua vez, tem como um de seus objetivos alcançar o mais alto nível de saúde da população por meio de atividades de promoção a hábitos de vida saudáveis e a implementação de um modelo de atenção baseado em políticas articuladas competentes ao MSP (URUGUAY, 2015).

O principal órgão público regulador do setor saúde é o *Ministerio de Salud Pública* (MSP). As ações são descentralizadas em departamentos dependentes, enquanto há a centralização normativa. O artigo 44 da constituição vigente define que o Estado é o responsável por legislar sobre todas as questões relacionadas à saúde e higiene pública. A lei nº 9.202 de 1934²⁰ corrobora com este objetivo quando define a responsabilidade do MSP de adotar medidas para a manutenção da saúde pública, estabelecendo todas as normativas necessárias para este fim.

A DIGESA, unidade executora dependente do MSP, teve suas competências reformuladas na reforma sanitária por meio do decreto nº 433/008 de 5 de novembro de 2008. Segundo a normativa a missão da DIGESA é regular e controlar os serviços de saúde públicos e privados, e todos os insumos que possam afetar a saúde humana, além de promover a saúde por meio de políticas que reforcem os princípios reitores

¹⁹ Lei orgânica de saúde pública nº 9.202 de 12 de janeiro de 1934.

<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Ley%209.202%20Organica%20de%20Salud%20Publica.pdf>

²⁰ Disponível em: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/9202-1934>.

do sistema e diminuam os fatores de risco associados ao desenvolvimento de doenças. Desta forma, compete à DIGESA a formulação de políticas públicas, normas, controles, guias, programas, projetos e estratégias de saúde, inquéritos periódicos sobre a saúde da população, realizar a fiscalização de medicamentos, dando suporte ao SNIS para a proteção e promoção da saúde da população e diminuição da prevalência de doenças. O decreto institui departamentos e divisões subordinadas à DIGESA, entretanto, explicita que a estrutura organizativa do DIGESA deve responder às necessidades para o cumprimento de seus objetivos.

Atualmente o organograma da DIGESA responde às competências de vigilância, formulação de políticas, programas e ações de saúde e análise estatística e epidemiológica por meio das divisões “*evaluación sanitaria*”, “*servicios de salud*” e “*fiscalización*”, “*salud ambiental y ocupacional*”, “*sustâncias controladas*”, “*normas y investigación*” e “*epidemiología*” com última atualização dada pela *Ordenanza* nº 793/2018²¹.

Da divisão de “*Evaluación Sanitaria*” deriva o *Departamento de Alimentos, Cosméticos y Domisanitarios* (DACD), que tem como objetivo a fiscalização e regulação do registro, autorização e venda de produtos alimentícios, cosméticos, e sanitizantes por meio da elaboração de decretos e normativas.

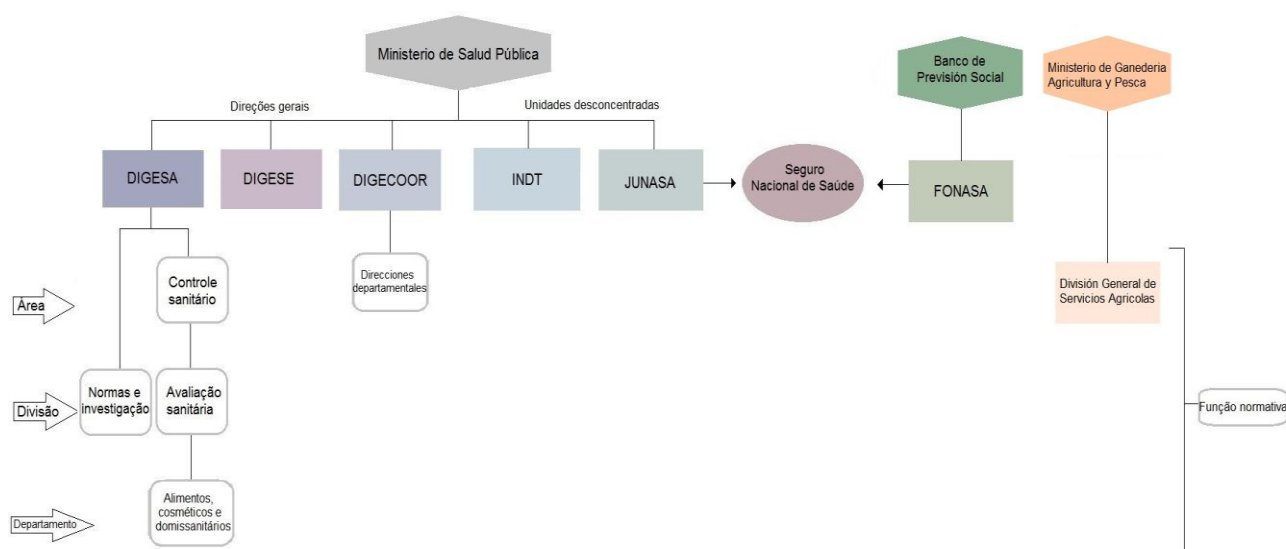
A nível regional o legislativo conta com os intendentes e as juntas departamentais como representação do poder executivo e legislativo respectivamente. Ao intendente compete a administração e funções executivas concernentes ao departamento. O intendente elabora propostas, principalmente orçamentárias, que passam por apreciação da junta departamental para aprovação ou reprovação. Dentre estas cabem decretos e normas relacionadas a adequação regional de leis nacionais.

No âmbito do *Ministerio de Salud Publica* existem unidades regionais chamadas *Direcciones Departamentales de Salud* presentes nos 19 departamentos do país. São coordenadas por um diretor departamental designado, que dá seguimento às suas atividades de acordo com um Plano Departamental aprovado pelo MSP. A gerência e comunicação destas direções com o MSP se dá por meio da DIGECOOR.

²¹ Informações do site www.msp.gub.uy.

O processo de elaboração de políticas públicas do MSP se dá no gabinete ministerial, presidido pelo ministro da saúde e integrado pelo vice-ministro, diretores gerais e presidente da ASSE. Estes dois grupos se organizam em torno de temáticas relevantes que requerem a integração intersetorial dos diferentes departamentos do MSP. Também há a interlocução com grupos sociais como os CCA com formação paritária da gestão, profissionais e usuários e os espaços de discussão acadêmica da Udelar (ISAGS, 2012).

Figura 3 – Organograma da macrogestão do *Ministerio de Salud Pública* do Uruguai com as divisões específicas responsáveis pela regulação de fatores de risco associados a doenças crônicas não transmissíveis.



Fonte: elaboração própria (LEVCOVITZ, 2016; MSP).

Além das políticas públicas do setor saúde, existem órgãos intersetoriais aos quais compete a regulação dos produtos estudados para fins diversos, sobretudo avaliação da qualidade para fins comerciais. Entretanto, como se trata também de uma forma de controle e regulação, foram incluídos neste estudo desde que abordassem expressamente uma forma de controle do uso e comercialização dos produtos com implicações para a saúde.

O *Instituto Nacional de Alimentación* (INDA) é um órgão do *Ministerio de Desarrollo Social* (Mides) que busca prover alimentação adequada para a população como um direito humano e social, por meio da implementação de políticas públicas e

regulamentações. Possui um programa intitulado *Programa de Apoyo a Enfermos Crónicos* que busca contribuir para a alimentação adequada de grupos populacionais com enfermidades crônicas em situação de vulnerabilidade sociais e baixa renda.

A *Administración Nacional de Combustibles, Alcohol y Portland* (ANCAP) é uma empresa estatal do governo do Uruguai que produz combustíveis, álcool e cimento portland. Possuía a *Compañía ANCAP de Bebidas y Alcoholes, S.A* (CABA) que produzia, fiscalizava e distribuía bebidas alcoólicas destiladas, produtos de cuidado pessoal e limpeza, produtos industriais, entre outros que possuíssem álcool em sua composição. A subsidiária foi extinguida em 2018 por questões econômicas e apenas as atividades relacionadas a combustíveis, dissolventes e lubrificantes foram realocadas em outros departamentos subordinados à ANCAP.

Ao *Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca* (MGAP) compete organizar e desenvolver o setor agropecuário, agroindustrial e pesqueiro com proteção à qualidade e segurança nos processos de produção, velar pela inocuidade de alimentos, gerar instrumentos normativos e operacionais para o adequado desenvolvimento econômico no setor, contribuir para a proteção da saúde pública e do meio ambiente e desenhar políticas inovadoras. Foi criado por meio da lei nº 9463 de 23 de março de 1935, que determina sua responsabilidade legislativa no âmbito rural.

O MGAP possui unidades organizadas por tema. Em geral as unidades possuem capacidade regulatória na temática de sua competência. A regulação e controle de insumos agropecuários como agrotóxicos e fertilizantes compete à *Dirección General de Servicios Agrícolas* (DGSA); a formulação de políticas públicas estratégicas na área de agricultura, pecuária e pesca é objetivo da *Oficina de Programación y Política Agropecuaria* (OPYPA) e a *Unidad de Descentralización* coordena a operacionalização das políticas e ações do MGAP a nível regional.

Há de se destacar o papel protagonista da legislação e dos decretos do executivo a nível nacional. O Uruguai, por ser um Estado unitário, possui menos descentralização e conseqüentemente concede menos autonomia aos seus departamentos, que em geral emitem normativas de caráter complementar à legislação nacional quando necessário para a melhor gestão local (VILLADEMOROS, 2018).

1.3. Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e analítico, de caráter exploratório, que atua na interface dos campos da saúde pública e das relações internacionais, na área temática de análise de regulações de fatores de risco associados a doenças crônicas não transmissíveis.

Esta pesquisa busca responder às questões “As recomendações das agências reguladoras internacionais sobre os produtos que se associam a fatores de risco para DCNT, Agrotóxicos, Álcool, Alimentos Ultraprocessados e Tabaco, foram internalizadas por meio de normativas no ordenamento jurídico do Uruguai? Quais as experiências exitosas de regulação dos produtos se destacam no país e quais os principais atores envolvidos no processo? ”. Para este fim é necessário entender o contexto de formulação e implementação das políticas públicas e normativas de um país e os atores aos quais compete a regulação. Portanto, este estudo foi dividido em três etapas: descrição do sistema de saúde do país, seus principais órgãos, atribuições e responsabilidades; identificação dos entes a quem compete a regulação dos fatores associados a Doenças Crônicas Não Transmissíveis e; mapeamento das normativas relacionadas aos produtos. As etapas preliminares têm o objetivo de fornecer a compreensão do contexto de implementação de políticas e as possíveis lacunas e barreiras de implementação das políticas.

Foram utilizados dados secundários que são as normativas do país sobre os produtos estudados. O método é a análise por categorias a fim de mapear experiências inovadoras de regulação dos fatores de risco associados a doenças crônicas não transmissíveis no Uruguai. Desse modo, não foi necessário submeter este estudo ao comitê de ética.

Para a descrição do sistema de saúde, foram identificadas fontes nacionais de informação do governo uruguaio a fim de entender a organização das estruturas de gestão da saúde e sua hierarquia. Paralelamente foram buscados nas bases de dados Google Acadêmico, Biblioteca Virtual de Saúde Regional e *Scopus* artigos e documentos técnicos e científicos que corroboram e detalham as particularidades do sistema de saúde. Foi utilizada a combinação dos termos “Sistema de saúde” e “Uruguai” nos idiomas inglês e espanhol com publicação entre 2010 e 2018, a fim de

recuperar documentos que contemplem as recentes mudanças do sistema de saúde do país.

A terceira etapa de busca das regulações foi realizada na biblioteca de documentos oficiais, *Centro de Información Oficial (IMPO)*²², ente responsável pela publicação e transparência do ordenamento jurídico do país. As estratégias de busca foram elaboradas segundo as particularidades de cada fator de risco, levando em consideração as características da abordagem do país sobre eles e as diferenças das ferramentas de pesquisa de cada base.

A identificação dos principais atores do sistema regulatório foi realizada concomitantemente à primeira e terceira etapas, uma vez que pode ser realizada com ambas as fontes de dados. Para tal foram feitas pesquisas sobre os atores competentes apontados na literatura e nos sites oficiais do governo. Posteriormente, na fase de busca das regulações, foram selecionados os órgãos citados nas regulações selecionadas. Estes dois dados foram cruzados para validação. Considerando a particularidade de cada produto no contexto nacional, a combinação de descritores de busca e os critérios de inclusão e exclusão foram adaptados para cada caso para melhores resultados. Os métodos escolhidos para cada produto se encontram descritos na seção abaixo.

Tabaco

Para o tabaco foi utilizado o termo “tabaco” que é definido pelo DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), biblioteca de terminologias em ciências da saúde, como o gênero de plantas cujos membros contêm nicotina e cujas folhas são utilizadas para o tabagismo. O segundo termo, “fumar”, refere-se à ação de inalação e exalação de substâncias queimadas seguradas pela mão. A escolha destes termos se justifica por conta do amplo uso nos documentos oficiais da regulação do Uruguai. No portal do IMPO utilizou-se como filtro o tipo de documento “normativa” e data de publicação. A última busca nas duas fontes foi realizada dia 30 de outubro de 2019 e no total foram selecionados 71 registros. Foi utilizada data de publicação entre 01/01/2005 e 30/10/2019.

Os registros foram lidos e analisados segundo relevância para o tema da pesquisa e incluídos os que expressamente se caracterizam como normativa ou

²² <http://www.impo.com.uy/cgi-bin/bases/consultaBasesBS.cgi>.

controle com a finalidade de regular a oferta e demanda do tabaco e produtos derivados do tabaco objetivando ou não a melhoria das condições de saúde.

Foram excluídos os registros que apresentavam os termos de busca utilizados mas não abordavam regulação do tabaco, como os seguintes casos: aprovação de nomenclaturas para se referir aos produtos do tabaco no meio comercial; manual de qualidade da produção de tabaco do *Ministério de Ganadería, Agricultura e Pesca*; acordo entre países de reabastecimento de aeronaves em território internacional; nomeação de representantes das indústrias tabaqueiras nas comissões das juntas departamentais e comissões temáticas, bem como nomeação de diretores e conselheiros de unidades temáticas do MSP relacionadas ao tabaco; classificação por tipo de indústria do *Ministério de Industria, Energía y Minería*; regulações que definem a inclusão de trabalhadores da indústria tabaqueira nos programas sociais; fixação de salário mínimo para trabalhadores da indústria do tabaco; declarações de interesse em sediar congressos relacionados a tabaco; composição de conselhos de categorias comerciais.

Alimentos ultraprocessados

O conceito de alimentos ultraprocessados utilizado é o apresentado por Monteiro (2015) que define que são

“Formulações industriais prontas para consumo feitas inteira ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos, derivadas de constituintes de alimentos ou sintetizadas em laboratórios com base em matéria orgânica e que possuem pouca ou nenhuma quantidade de alimentos in natura ou minimamente processado”.

Monteiro aponta que usualmente estes alimentos são modificados principalmente para torná-lo mais barato, e conseqüentemente acessível, e para aumentar de forma expressiva a durabilidade, disponibilidade e a palatabilidade (MONTEIRO, 2015; 2016).

Segundo Stuckler (2012) a expansão da “*Big Food*”²³, e o conseqüente aumento do consumo dos alimentos por ela produzido, é um dos principais motivos do expressivo crescimento dos fatores de risco para os países em desenvolvimento. Estudos apontam a correlação entre o consumo de alimentos ultraprocessados e o aumento dos índices de obesidade e DCNT (MONTEIRO, 2015).

²³ Termo utilizado para o grupo de empresas multinacionais de alimentos e bebidas, geralmente ultraprocessados, com alto poder econômico que controlam 15% das vendas de alimentos no mundo.

O termo “alimentos ultraprocessados” possui conceituação recente na literatura científica e, conseqüentemente, não é amplamente utilizado nos documentos oficiais do governo uruguaio. Portanto, faz-se necessário o uso de termos que caracterizam o produto.

Para uma pesquisa mais geral e abrangente inicialmente foram utilizados os termos “*alimento*” e “*salud*” em conjunto. Levando em consideração as disposições da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014), e a literatura pesquisada, que relacionam o alto teor dos nutrientes críticos sal, gorduras e açúcares com as DCNT, estes foram incluídos em uma estratégia posterior mais refinada. Para tal foram utilizados os termos “*sal*”, “*cloruro de sodio*”, “*sodio*”, “*azúcar*”, “*glucosa*”, “*monosacárido*”, “*sacarina*”, “*grasa*”, “*grasa saturada*” e “*ácidos grasos libres*”, considerando as possíveis variações do termo usado na normativa do país.

Tendo em vista a possibilidade de normas sobre os alimentos ultraprocessados ou nutrientes críticos em programas e guias de promoção da saúde, também foi incluído o termo “*alimentación saludable*”. Todos os termos citados acima foram usados em buscas individuais combinados com o termo “*alimento*”. No portal do IMPO utilizou-se como filtro o tipo de documento “*normativa*” e data de publicação entre 01/01/2005 e 20/11/2019. A última busca se deu no dia 20 de novembro de 2019, e foram selecionados 31 documentos.

Os registros encontrados foram lidos e analisados qualitativamente para avaliar a relação do documento encontrado com o conceito adotado de alimentos ultraprocessados. Foram incluídos os que se caracterizam como normativa e tem por objetivo limitar a quantidade ou presença dos nutrientes críticos nos alimentos processados e ultraprocessados, controlar a disponibilidade e garantir o acesso a informação dos consumidores.

Desta forma, foram incluídos documentos que regulam especificamente disponibilidade, marketing, rotulagem, limitação da quantidade ou presença dos nutrientes críticos em alimentos naturais, processados ou ultraprocessados.

Foram excluídos documentos que abordavam: especificações bromatológicas de características de alimentos que não definiam limite máximo dos nutrientes; regulamentação bromatológica de qualidade de alimentos; normativa de materiais e produtos permitidos na fabricação de recipientes direcionados a alimentos; definição de taxa de controle bromatológico para os diferentes grupos de alimentos; normativa

de definição de nomenclaturas de alimentos; acordos entre países com o objetivo de padronizar os aditivos alimentares permitidos; quaisquer normativas que não abordassem especificamente sal, gorduras, açúcares ou alimentação saudável como nutriente crítico alvo da regulação.

Álcool

Para a elaboração da estratégia de busca do álcool foram utilizados os termos “*alcohol*” e “*salud*”. No DeCS o único termo correspondente para estas duas opções é “*etanol*”, entretanto, por meio de buscas rápidas, identificou-se que nas regulações uruguaias este termo se refere com maior frequência ao componente químico direcionado a fins industriais. Para se referir a bebidas alcoólicas o termo “*alcohol*” é mais comumente utilizado. A combinação dos termos citados acima resultou em 636 registros com data de publicação entre 01/01/2005 e 01/10/2018, e foram selecionados 26 documentos. A última busca se deu dia 1º de outubro de 2018.

Os documentos foram lidos e selecionados de acordo com a relação do produto com as implicações para a saúde. No caso do álcool existem mais regulações voltadas ao comportamento do usuário com relação ao álcool do que à regulação do produto em si. Estas foram incluídas considerando o impacto para a diminuição do consumo de álcool em linhas gerais. Ademais foram incluídos registros bromatológicos que definem o teor alcoólico característico de cada tipo de bebida, a rotulagem, a proibição de tipos de bebidas por motivo específico, bem como o procedimento policial para casos de embriaguez.

Foram excluídos documentos que não representavam uma regulação sobre a bebida alcoólica, como: normativa para padronização de nomenclaturas; normativas relacionadas à ANCAP ou a outro tipo de álcool para fins diversos; autorizações pontuais de fabricação de produtos; normativa sobre o direito de se negar a atender ou conduzir pessoas que estejam sobre o efeito de álcool; produtos comercializados em cada tipo de estabelecimento comercial; definição do dia da educação da prevenção do uso de bebidas alcoólicas; classificação de alimentos e bebidas para o regulamento técnico de embalagens; diretrizes para a formação de condutores de veículos de carga pesada que contém ações educativas sobre o efeito de álcool; classificação bromatológica de destilados; características fundamentais, concentração de álcool; regulação sobre produtos à base de álcool para higienização

nos serviços de saúde; estratégias de tratamento a pessoas em situação de abuso de álcool nos serviços de saúde; taxa de serviços bromatológicos para bebidas com graduação alcoólica; modificação salarial para o grupo de funcionários de estabelecimentos que comercializam bebidas alcoólicas.

Agrotóxicos

Foram usados os termos “*agroquímicos*”, “*plaguicidas*” e “*fitossanitários*” em conjunto com o operador booleano “ou” após identificação dos termos mais usados nas regulações nacionais sobre o tema. Optou-se pela associação dos três descritores para resultados mais abrangentes. Foram recuperados 970 registros no portal do IMPO com data de publicação entre 01/01/2005 e 22/10/2018 e selecionados 77. Os documentos encontrados foram lidos e analisados se enquadravam como normativa de controle do uso de agrotóxicos, objetivando ou não a melhoria das condições de saúde. Foram incluídas normativas de restrição ou proibição do uso de agrotóxicos para fins diversos.

Foram excluídos documentos que abordam ou definem requisitos fitossanitários para espécies específicas destinadas à exportação quando não existe explicitamente proibição do uso de agrotóxicos; definição de taxas relacionadas a serviços agrícolas (registro de produtos, análise de praguicidas e resíduos) realizadas pela DGSA do MGAP; declaração de interesse em sediar eventos relacionados à agricultura; legislação local ou complementar que corrobora para o cumprimento de uma legislação específica sobre os agrotóxicos; declaração de casos de emergência agropecuária que necessitam da intervenção governamental; normativas que caracterizam e conceituam o que são praguicidas e outros produtos de uso agropecuário relacionados, como resíduos sólidos industriais; regulação de princípios ativos comumente usados em agrotóxicos mas voltados para produtos veterinários; classificação oficial de risco fitossanitário e as respectivas exigências (requisitos fitossanitários) para todos os níveis, nacional e internacionalmente; definição de grupos de serviços profissional relacionados a agrotóxicos, exceto quando a regulação estabelece normas de proteção à saúde do trabalhador e prevenção de intoxicação pelos produtos.

Os documentos recuperados foram lidos e incluídos segundo os critérios de inclusão para cada tema, considerando as particularidades de cada um. Após a

seleção dos documentos, foi utilizado uma planilha estruturada de análise no programa *Excel* 2013 para alocar as informações de relevância nas variáveis de interesse descritas a seguir: tema (agrotóxicos, álcool, alimentos ultraprocessados ou tabaco), título do documento, subtítulo, resumo, tipo de regulação (lei, portaria, resolução, decreto), órgão regulador responsável (ministério da saúde, congresso, agência, presidência), data de publicação da normativa, link de acesso e observações gerais.

O método de análise de dados foi a análise de conteúdo com o objetivo de viabilizar comparações objetivas entre os países e as regulações internacionais, utilizando o estudo das variáveis. Foram incluídas na análise dos resultados o conteúdo de políticas, programas, ações e documentos técnicos específicos publicados pelo MSP que não configuram regulação dos produtos, mas direcionam a discussões pertinentes e o maior entendimento do panorama sobre a regulação de cada produto e as DCNT relacionados a eles.

Figura 4 – Organograma do método das etapas de pesquisa.



Fonte: elaboração própria.

Após a sistematização dos dados, o produto final permitiu a análise de experiências de regulação dos fatores de risco associados a doenças crônicas não transmissíveis à luz do sistema de saúde vigente. A partir disso torna-se possível a comparação dos resultados nacionais com as normativas de órgãos internacionais e com as regulações domésticas de outros países a fim de identificar experiências inovadoras passíveis de replicação e propostas de cooperação entre países.

1.4. Identificação das Regulações

O Uruguai historicamente adere de forma sistemática aos tratados dos organismos internacionais dos quais faz parte, tornando as normas internacionais prioridades na política interna, com o mesmo valor prático e importância atribuída à constituição, inclusive as que possuem diretrizes de caráter consultivo. É um dos países latino americanos que mais tem convênios internacionais ratificados. Desta forma, convenções como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, Declaração de Alma-Ata e o Regulamento Sanitário Internacional são importantes orientadores da formulação de políticas públicas da área da saúde (VILLADEMOROS, 2018).

Segundo Kickbusch (2014), devido ao aumento do poder econômico e influência das grandes empresas sobre os países, os principais desafios para a saúde global não são mais técnicos e médicos, mas comerciais e políticos, principalmente no que diz respeito à prevenção de DCNT em que as ações mais eficazes vão contra os interesses econômicos de empresas transnacionais (WHO, 2013). Segundo Lencucha (2010) um dos principais desafios da governança global da saúde é a capacidade do Estado de emitir normas protetivas para a saúde em uma lógica em que a economia é o principal ponto de cooperação e relação entre os países.

Evidências demonstram que as indústrias de tabaco, álcool e alimentos ultraprocessados utilizam frequentemente estratégias semelhantes para evitar a regulação de seus produtos. Estas incluem a manutenção de uma rede de organizações de influência nos âmbitos político e econômico e financiamento de entidades científicas que buscam validar o discurso de beneficência dos produtos proferido pelas empresas. Suas ações são voltadas a parlamentos e políticas domésticas dos países e buscam o justificado comércio irrestrito dos seus produtos

(KICKBUSCH, 2014). A liberalização irrestrita do comércio de tabaco, alimentos ultraprocessados e álcool é um impulsionador significativo do aumento da incidência de DCNT, sendo necessária a formulação de ressalvas nos acordos comerciais e especificação da prioridade do tema nas regulações de saúde (BAKER, 2014).

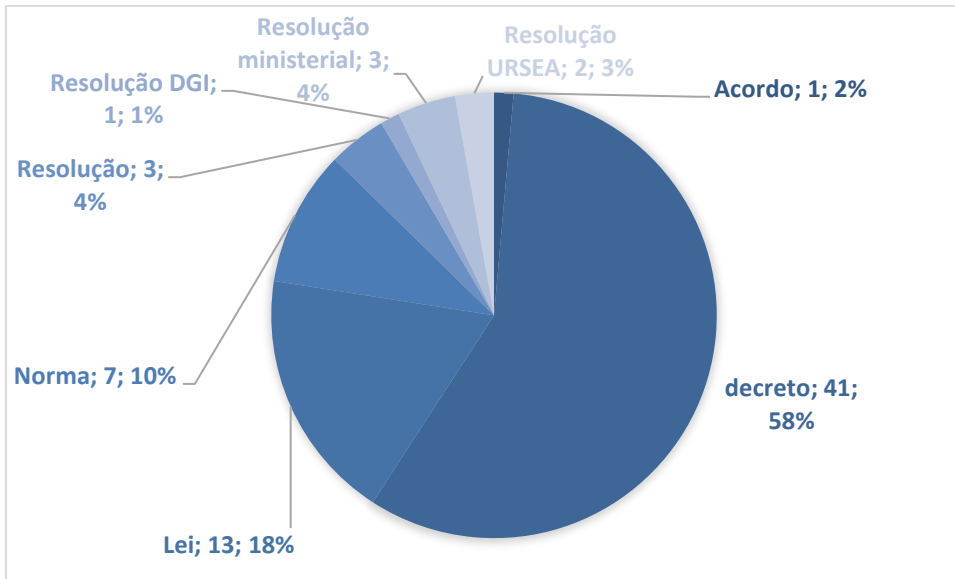
Tabaco

Serão descritos a seguir aspectos relacionados à regulação de produtos do tabaco dispostos na regulação interna do Uruguai. Posteriormente, estes serão abordados em contraponto com as recomendações de agências reguladoras internacionais identificadas sobre o tema.

Dentre as recomendações regulatórias internacionais, foram identificadas 89 em 5 resoluções internacionais de órgãos competentes. São elas: ECOSOC 2010/8 (3 recomendações) e ECOSOC 2017/7 (1 recomendação) emitidas pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, WHA63.17 (2 recomendações), Convenção Quadro para o controle do tabaco (59 recomendações) e Protocolo para a eliminação do comércio ilícito do tabaco (24 recomendações), emitidas pela Assembleia Mundial da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS).

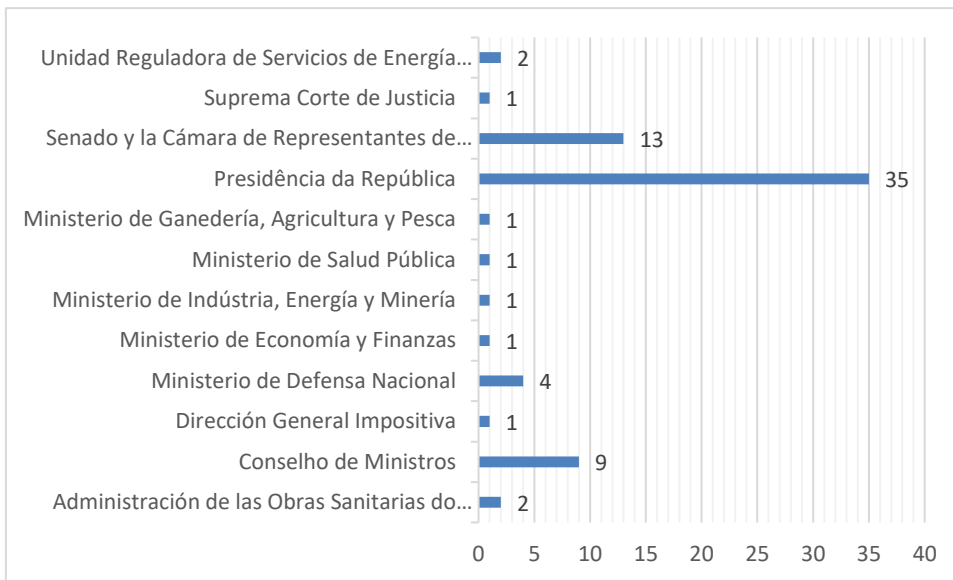
No total, foram encontradas 71 normativas relacionadas à regulação de tabaco no Uruguai com publicação entre 23 de julho de 2004 e 17 de junho de 2019. Destas, a maioria (80%) foi promulgada pelo poder executivo, sendo que 58% são decretos presidenciais, evidenciando a questão do controle do tabaco como uma política de governo (gráfico 1 e 3). As publicações são mais frequentes em 2005, após a ratificação da CQCT e tiveram queda considerável após 2010, ano de execução da ação da PMI, crescendo novamente nos últimos anos (gráfico 4).

Gráfico 1 – Porcentagem das normativas de tabaco por tipo de regulação, 2019.



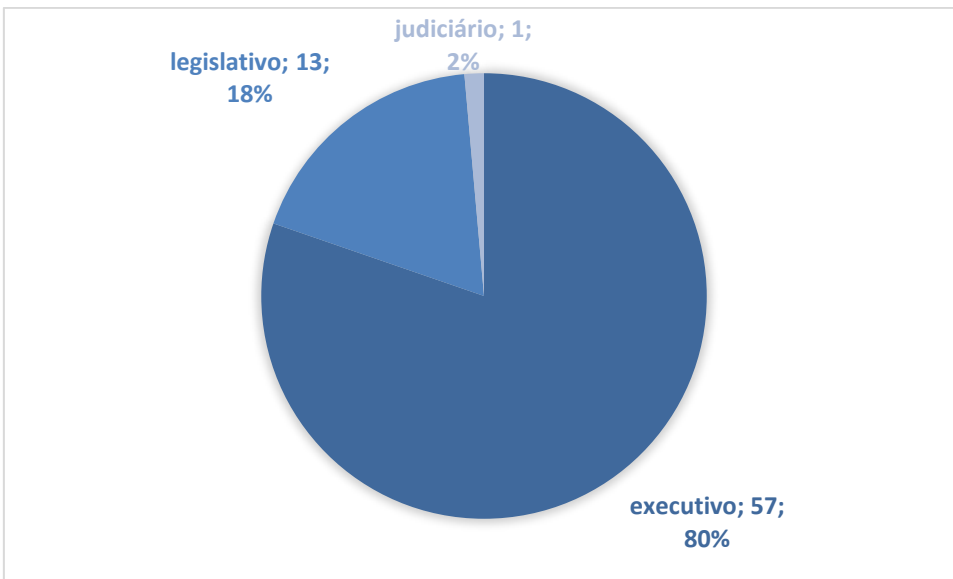
Fonte: elaboração própria.

Gráfico 2 – Porcentagem das normativas de tabaco por órgão expedidor, 2019.



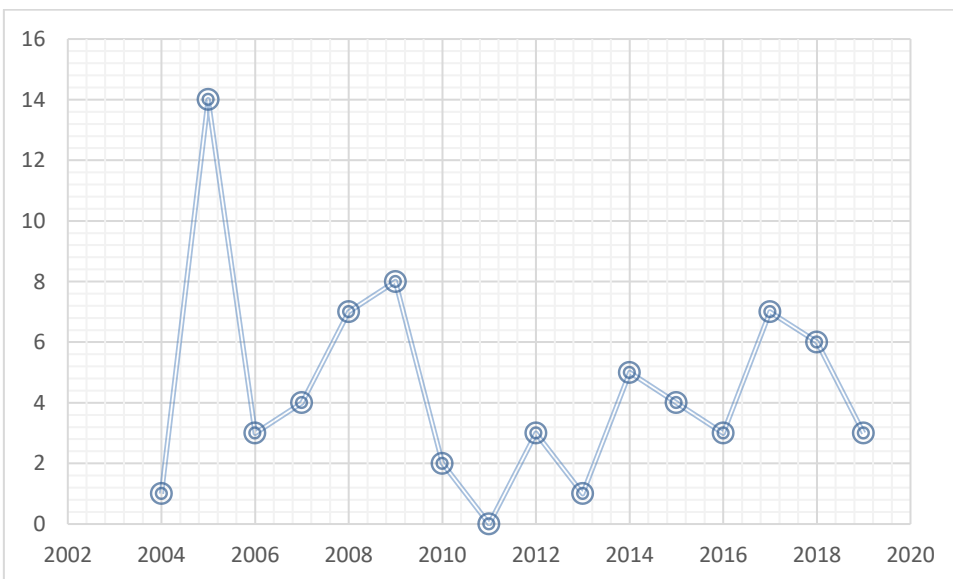
Fonte: elaboração própria.

Gráfico 3 – Porcentagem das normativas de tabaco por esfera de poder, 2019.



Fonte: elaboração própria.

Gráfico 4 – Porcentagem das normativas de tabaco por data de publicação, 2019.



Fonte: elaboração própria.

Segundo Triunfo (2016) as medidas uruguaias adotadas para controle do tabaco priorizam as seguintes categorias: espaços livres da fumaça do tabaco, controle de publicidade, taxaço e advertências sanitárias nos pacotes. A descrição e análise do processo de implementação das medidas que constam nos mecanismos legais de regulação uruguaios sobre o tabaco identificadas no período estudado,

serão ordenadas a seguir, tendo como orientação de classificação, os grandes grupos temáticos compostos pelas recomendações, abordando os principais eixos da regulação e outras medidas complementares identificadas.

A Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), realizada entre 1999 e 2003 e aprovada em 2005 após completar 40 ratificações, foi o primeiro tratado da OMS negociado amplamente entre 192 países-membros para regulação de um produto específico. Ocorreu por mais de quatro anos e é um dos dois únicos tratados internacionais de caráter vinculante. Diversos países contribuíram para a formulação do texto final da CQCT que continha medidas de redução da demanda e da oferta de tabaco e produtos derivados a fim de diminuir o consumo e elevar a qualidade de vida e níveis de saúde da população interna e mundial (INCA, 2012). Segundo Russel (2014) a CQCT representa uma importante resposta coletiva e global aos malefícios causados pelo uso do tabaco. O Uruguai assinou o relatório em 19 de junho de 2003 e foi o primeiro país a ratificar a Convenção Quadro por meio da lei nº 17.793 publicada em 23 de julho de 2004.

As ações de controle do tabaco se tornaram uma prioridade para o governo uruguaio desde então, caracterizando-se, além de um compromisso internacional, como uma política de governo. As diretrizes foram implantadas paulatinamente por meio de decretos após a ratificação da CQCT e resultaram na lei nº 18.256 de 10 de março de 2008, a lei marco de controle do tabaco no país (CROSBIE, 2017).

A lei nº 18.256 é a mais expressiva normativa de controle do tabaco do Uruguai no período estudado e é a que inclui no ordenamento jurídico do país a maior parte das recomendações da CQCT para diminuir a demanda e oferta dos produtos derivados do tabaco. Aborda inicialmente o direito à saúde, entendendo que este é um bem social que deve ser garantido pelo Estado de forma integral. Estabelece ainda a obrigatoriedade da informação aos usuários sobre a totalidade dos componentes dos produtos do tabaco e ao órgão público competente o conteúdo e as emissões de produtos do tabaco.

O decreto regulamentar da lei, por sua vez, define características específicas das diretrizes dispostas na lei, destacando o MSP como o órgão competente na questão da gestão das ações, registro das indústrias que produzem tabaco e fiscalização do cumprimento das normativas. Define detalhadamente as

características dos rótulos, advertências sanitárias, informação sobre o conteúdo, publicidade e promoção, que são as principais medidas adotadas para o controle do tabaco.

Obrigações gerais, legislação e competência

Dispostas no artigo 5º da CQCT, a recomendação de definir as competências e mobilização das instâncias legislativas insta os estados a estabelecer responsáveis pela implementação e cumprimento das medidas de controle do tabaco.

No Uruguai, foram instituídas inicialmente por decretos presidenciais que contemplavam temas pontuais abordados pela CQCT, que culminaram na publicação da lei nº 18.256 de 2008, que abrange grande parte das recomendações constantes no documento internacional. Neste sentido, há uma atuação sistêmica dos entes da administração pública no uso de seus recursos para o controle do tabaco, onde as responsabilidades das medidas são distribuídas de acordo com a competência de cada área. A ação interna e conjunta entre os entes administrativos, se dá legalmente pelo decreto nº 500/008 que prevê a criação de uma Comissão Intersetorial para o Controle do Tabaco criada no âmbito do Poder Executivo, formado por representantes de diversas pastas, a fim de coordenar estratégias e planos abrangentes para o controle do tabaco.

Políticas de preços e impostos

Tema do artigo 6 da CQCT, a taxação de produtos de tabaco e definição de preços mínimos são algumas das medidas para diminuir a demanda. A normativa de imposto sobre o tabaco foi implementada pela primeira vez após a CQCT em 2005 por meio do decreto nº 164/005 que define o IMESI (*Impuesto Específico Interno*) para cigarros (70%), charutos de folha cubanos ou não-cubanos (41%) e tabaco (28%). A medida sofreu atualizações em 2007, quando retirou do texto charutos de folha (decreto nº 232/007), em 2009, quando aumentou a taxa do tabaco de 28% para 50% (decreto nº 268/009) e em 2010 para 70% (decreto nº 69/010). A partir de então o valor percentual do imposto se mantém em 70% sobre o valor do produto para cigarros e tabaco. Os decretos nº 11/016 de janeiro de 2016, nº 418/016 de janeiro de 2017 e nº 379/017 de janeiro de 2018, que modificam apenas o valor base em cada ano.

Desde 2010 o decreto nº 69/010 estabelece os mesmos critérios para cigarros comercializados em regime “duty free” ou “free shop”.

Apesar de ser uma das bases da política de controle do tabaco no Uruguai, a taxa possui limitações. O IMESI definido por lei é uma taxa específica fixa com alterações periódicas de correção do valor base. Não foram encontrados outros tipos de taxas atribuídas, como imposto *ad valorem*, por exemplo, que agrega um percentual sobre a venda de um produto conforme o seu valor, ou impostos sobre a importação de tabaco. As medidas tributárias para o controle do tabaco são apontadas pela literatura como um dos mais importantes mecanismos de controle, entretanto, foi o que menos evoluiu desde 2008. A recomendação da OMS é de 70% de tributação sobre o valor do produto. Atualmente os tributos aplicados ao tabaco no Uruguai representam 65.51% do valor (CHALOUPIKA, 2012; OPAS, 2018).

Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco

As medidas de proteção de espaços fechados 100% livres de fumaça do tabaco iniciaram-se com o Decreto nº 168/005 de junho de 2005, definindo áreas para fumantes em restaurantes, bares e lugares recreativos com delimitação clara, saída e ventilação independentes. Após concluída a transição dos estabelecimentos, fica expressamente proibido o consumo de tabaco em qualquer formato, fora das áreas específicas para fumantes, sujeito a aplicação de sanções previstas pela polícia sanitária. Inclui também a proteção de locais destinados à saúde e a educação em quaisquer circunstâncias.

O decreto nº 214/005 regulamenta o decreto nº 168/005 e o decreto nº 203/996 que dispõe sobre a proibição de fumar em escritórios públicos. O objetivo é estipular uma série de diretrizes, bem como o controle do cumprimento das normas, para regulamentação do conjunto de normativas que proíbem o uso do tabaco em ambientes públicos fechados, tornando-os ambientes 100% livres da fumaça do tabaco. Este decreto estabelece que é de responsabilidade das próprias instituições empregadoras a fiscalização da medida e a aplicação, quando necessário, de medidas disciplinares a toda a hierarquia do local.

Posteriormente, o decreto nº 268/005 derroga o decreto nº 168/005 e 203/996 e estabelece que todo espaço fechado de uso público e toda área laboral pública ou privada destinada a permanência comum de pessoas, devem ser ambientes 100%

livres da fumaça do tabaco. O decreto nº 40/006 publicado em 17 de fevereiro de 2006 define multa ao estabelecimento que não cumpre as especificações do decreto nº 214, considerando como agravante o descumprimento do decreto em lugares com presença de crianças, gestantes e pessoas com enfermidades de alto risco para fumaça de tabaco.

Define ainda que os estabelecimentos compreendidos devem retirar todos os cinzeiros de suas dependências e incluir avisos de “proibido fumar” e “ambiente 100% livre da fumaça do tabaco”. A lei de controle do tabaco reforça o decreto, estabelecendo em seu artigo 3º a proibição e é regulamentado pelo decreto nº 284/008 que define o que são espaços fechados aos olhos da lei e quais se aplicam na proteção. Fica a cargo da DIGESA a manutenção de um registro de infratores para o controle dos casos de infração e as sanções aplicadas em cada caso. O Uruguai se tornou o primeiro país latino-americano a estabelecer ambientes públicos e de trabalho 100% livres de tabaco (CROSBIE, 2017).

A proibição de fumar dada pelo decreto nº 268/005 e lei nº 18.256 evocou desdobramentos nas diretrizes de conduta no trabalho e normas emitidas pela esfera departamental, onde há um grande volume de normativas referentes a proibição de fumar no período de trabalho em diferentes esferas da administração pública, principalmente em veículos para transporte de passageiros da esfera pública e privada. As normativas departamentais e locais que proíbem o fumo nas dependências de convivência no trabalho reforçam a cultura organizacional de ambientes livres de tabaco e cumprem o disposto no artigo 8 da CQCT.

Regulamentação do conteúdo dos produtos de tabaco

Segundo o artigo 5º da Lei nº 18256, o Ministério da Saúde Pública fica autorizado a adotar as diretrizes cabíveis que sejam recomendadas pela Conferência das partes sobre a análise e medição de conteúdo e emissões de produtos de tabaco e a regulamentação desses conteúdos e emissões, em conformidade com as disposições do artigo 9 da Convenção-Quadro.

Regulamentação da divulgação das informações sobre os produtos de tabaco

É obrigatório às indústrias produtoras de tabaco a transparência e acesso à informação quanto aos componentes dos produtos comercializados, tanto à

sociedade, para que compreenda os efeitos nocivos que o hábito de fumar traz a saúde, quanto aos órgãos aos quais compete a vigilância e fiscalização das medidas de controle do tabaco. Esta medida é instituída pelo artigo 6 da lei nº18.256.

Embalagem e etiquetagem de produtos de tabaco

Com relação à rotulagem dos produtos de tabaco, a lei uruguaia é anterior à CQCT, sendo definido por meio da lei nº 15.361 de 1983 a obrigatoriedade da legenda “*Advertencia: fumar es perjudicial para la salud*” em todas as formas de embalagens de cigarros. A lei nº 17.714 de 2003, publicada em seguida, define que todas as embalagens e pacotes de cigarros deverão incluir advertências mais explícitas: “*Fumar puede generar cáncer, enfermedades pulmonares y cardíacas. Fumar durante el embarazo perjudica a su hijo*” (“fumar pode gerar câncer, doenças pulmonares e cardíacas. Fumar durante a gravidez prejudica seu filho”, em tradução livre). A primeira normativa após a CQCT, adotada em 2005, o Decreto nº 36/005, regulamenta esta medida e estabelece que a advertência deve estar presente em ambas as frentes dos pacotes de cigarro em um retângulo de fundo branco, ocupando pelo menos 50% da superfície de cada frente, com letras no tamanho mínimo de 3mm e cor preta e é ampliado 6 meses depois pelo decreto nº 171/005, que inclui imagens e pictogramas ao espaço reservadas à advertência sanitária, conforme o recomendado pela CQCT.

Frente a publicação dessa normativa a *Philip Morris Internacional* (PMI), por meio de sua subsidiária uruguaia *Abal Hermanos*, enviou uma série de cartas contestando a regulação e, posteriormente, acionou mecanismos legais locais para sua suspensão. A decisão mantém a medida, tomando como justificativa o disposto no decreto nº 171/005 e concede ao executivo poder ilimitado para as restrições que achar cabíveis (CROSBIE, 2018). O decreto nº 415/005 estabelece que os pictogramas usados devem ocupar a totalidade de uma das laterais dos pacotes de cigarro, sendo o MSP competente pela aprovação e definição das características dos pictogramas, que por sua vez são definidas pelo decreto nº 202/007 de 20 de junho de 2007. A lei de controle do tabaco reforça as medidas adotadas em seu texto publicado em 2008.

Em resposta à sanção, o presidente Vazquez emite em junho de 2009 o decreto nº 287/009 que aumenta de 50% para 80% a cobertura das advertências sanitárias para as embalagens de cigarro. A adoção rigorosa, corroborada pelas evidências

científicas (HARRIS, 2017) e pela diretriz da CQCT, ganhou destaque mundialmente (CROSBIE, 2018). A medida levou a empresa a transferir a disputa para instâncias internacionais em 2010, sob a alegação de que viola seus direitos a investimentos estabelecidos em tratados internacionais, mais especificamente no ICSID²⁴ sob um BIT Suíça-Uruguai firmado em 1991, solicitando indenização de 25,7 milhões por danos comerciais. Os BITs (*Bilateral Investment Treaty*) são tratados comerciais de investimento bilateral que visam a proteção de um investimento estrangeiro direto. Diferentemente de outros acordos comerciais o BIT permite investidores privados de questionar ações governamentais, e gerou discussões sobre os limites de influência de empresas privadas sobre a soberania legislativa de um país (RUSSELL, 2014).

Crosbie (2018) aponta a sanção como uma tentativa de intimidação do governo uruguaio ao mesmo tempo em que a empresa negocia privadamente com membros do governo numa tentativa de enfraquecer as normativas. Na perspectiva da política de comércio a amplitude da adoção das medidas de controle no Uruguai frente às recomendações da CQCT – 30% a mais do disposto na CQCT – concedeu ainda mais amplitude à ação da PMI, que se opõe conflituosamente à governança do país (KICKBUSCH, 2014).

A partir da CQCT, e incentivados pelos desafios que se seguiam, defensores da saúde, organizações de saúde, acadêmicos, advogados e filantrópicos se uniram em uma rede transnacional para aumentar o intercâmbio de informações e serviços em prol da consolidação e manutenção das políticas de controle do tabaco. Esta rede tomou grandes proporções particularmente porque argumenta-se que apesar do artigo 5.3 da CQCT – que recomenda a proteção das medidas legislativas de controle do tabaco das investidas de indústrias, posicionando o direito à saúde acima de interesses privados –, não há priorização clara da saúde sobre o comércio, sendo necessárias ações conjuntas e articuladas para manter as políticas públicas conquistadas (CROSBIE, 2018; RUSSELL, 2014).

Frente à sanção da PMI o Uruguai se favoreceu do apoio técnico e aporte financeiro oferecidos pela rede²⁵ que em 2016 culminaram na decisão favorável ao

²⁴ International Centre for Settlement of Investment Disputes ou Centro Internacional para a Arbitragem de Disputas sobre Investimentos.

²⁵ No caso da sanção da PMI contra o Uruguai se inserem as seguintes instituições, organizações e entes nacionais e internacionais: *Centro de Investigación para la Epidemia del Tabaquismo* (CIET); *Sociedad Uruguaya de Tabacología* (SUT); *Tobacco Free Kids* (TFK); *Iniciativa Bloomberg para Reduzir o Consumo de Tabaco*; e *Framework Convention Alliance* (FCA) (CROSBIE, 2017).

governo uruguaio. A situação vivida pelo país foi extensivamente discutida na COP 4 (4ª sessão da Conferência das Partes da CQCT) do ano de 2010, realizada em Punta del Este, que, apropriando-se do contexto local, discute justamente a priorização das medidas de saúde sobre acordos comerciais (RUSSELL, 2014; CROSBIE, 2018).

A sanção da PMI evidencia a atuação estratégica da indústria do tabaco para frear as regulações de proteção à saúde da população justificada por tratados comerciais. Além da iniciativa de acionar mecanismos legais no âmbito do comércio, são destacadas outras estratégias para impedir as regulações: manipulação de evidências científicas, formulação de alianças com outros setores e organizações para dar a impressão de apoio à indústria, proposição de políticas alternativas ao controle e medidas de auto-regulação (lobby), fragmentação e desacreditação de grupos oponentes à indústria e grupos de pesquisa que comprovam os malefícios do tabaco e incentivos financeiros a atores de interesse. Desta forma, a regulação de ordem não-biológica, como a regulação de um produto comercial como o tabaco, se enquadra numa medida que ultrapassa as linhas tradicionais de ação em saúde pública (SAVELL, 2014; COLLIN, 2002).

Russel (2014) argumenta que é possível que a decisão de sancionar legalmente o Uruguai num contexto em que vários outros países adotavam estes mecanismos regulatórios nacionalmente, pouco antes da COP 4, seja com o objetivo de minar o movimento global de regulação do tabaco, usando a ameaça de uma sanção internacional em um país pequeno, que não conseguiria arcar com os custos de indenização, como “exemplo” a outros países que tentassem implementar as medidas da CQCT.

Recentemente, o decreto nº 235/018 de agosto de 2018 acrescenta à regulamentação do controle do tabaco (284/008) a proibição de promover produtos do tabaco de maneira falsa, enganosa ou que possa induzir ao erro no que diz respeito a suas características, efeitos sobre a saúde e riscos. Neste sentido, inclui a obrigatoriedade de embalagens e designs neutros e a uniformidade das embalagens de produtos de tabaco com o objetivo de reduzir a atratividade do produto ao consumidor e eliminar a publicidade e promoção destes produtos e tornar mais destacado o efeito das advertências sanitárias. Estabelece que o MSP é o responsável por ditar todas as características visuais das embalagens e é publicado em 2018 uma resolução do MSP que contém estas especificações.

Em janeiro de 2019 a lei nº 19.723 estabelece as mesmas medidas do decreto nº 235/018 com a adoção de embalagens de cigarro neutras e a padronização de elementos visuais de marca que excluem componentes gráficos e atrativos visuais. O decreto nº 120/019 publicado em 9 de maio de 2019, revoga o decreto nº 253/018 e a resolução ministerial e define minuciosamente características tais como as descritas a seguir: a cor de todos os pacotes e embalagens de produtos de tabaco deverá ser a Pantone 448c com acabamento mate, uma única fonte de letra, tamanho, posição e cor para todos os símbolos distintivos de marca; cada marca de produtos de cigarro deverá ter apenas um tipo de produto no mercado, sem diferenciações por tipo, como “*light*”, “*green*”, “*soft*”, para que não seja criada a impressão de que existem tipos de cigarros menos nocivos que outros; proíbe aroma adicionado diferente do aroma do tabaco, adesivos ou decorações diferenciadas para que não se torne atrativo de nenhuma forma à crianças e adolescentes; tamanho das embalagens de cigarro, o material de fabricação, todas as cores internas e externas, o material e cor do envoltório das unidades de cigarros. Estas especificações passam a vigorar a partir de 21 de dezembro de 2019.

Apesar de não responder a uma recomendação específica da Convenção-quadro, a adoção de pacotes neutros é corroborada pelas evidências científicas que evidenciam a menor atratividade ao tabaco, tanto para não fumantes quanto para fumantes regulares, principalmente entre os jovens (MOODIE, 2012).

Educação, comunicação, treinamento e conscientização do público

Com relação à educação e conscientização do público evocados pelo artigo 12 da CQCT, o Guia Nacional de Abordagem ao Tabagismo do Uruguai, instrumento complementar à atuação de profissionais de saúde na assistência, aponta que a principal medida é a utilização da estratégia de aconselhamento breve, que aborda, entre outros, os malefícios causados pelo uso do tabaco, as consequências do vício e a manipulação das informações pela indústria dos cigarros. São frequentemente realizados no âmbito da atenção primária em ações pontuais em salas de espera e ambientes comuns das enfermarias. Uma das abordagens recomenda, entre outras coisas, a importância de se proteger da exposição à fumaça de tabaco, inclusive mulheres grávidas e lactantes que se caracterizam como um grupo de risco. As

medidas têm como objetivo prevenir o uso, principalmente no público infante-juvenil, e proteger a população da exposição contra a fumaça do tabaco.

A participação de organismos privados e organizações não governamentais é preconizada a partir do artigo 34 da lei nº 19.259, que inclui o recebimento e análise do pedido de organizações intergovernamentais e não governamentais que desejam se credenciar como observadores na reunião das partes como uma das atribuições do secretariado da CQCT, garantindo assim, que não estão associados à indústria do tabaco. Por fim a Convenção Ibero-americana de Direitos dos Jovens, instituída pela lei nº 18.270, garante o direito a prevenção e informação sobre o tabagismo.

Publicidade, promoção e patrocínio do tabaco

Com relação à publicidade e promoção dos produtos de tabaco, abordada no artigo 13 da CQCT, a lei nº 15.361 de 1983 também inclui a obrigatoriedade da advertência a todas as formas de publicidade e promoção. A partir de junho de 2005 institui-se o decreto nº 169/005 que proíbe publicidade de produtos do tabaco em canais de televisão abertos ou fechados, no horário de proteção ao menor (estabelecido pelo decreto nº 445/988), com o objetivo de proteger a criança e o adolescente da propaganda de cigarros. A publicidade, promoção e patrocínio foi proibida integralmente pela primeira vez quando associado às práticas esportivas por meio do decreto nº 170/005.

O decreto nº 171/005 de 2005 proíbe marcas, elementos e subcategorias de tipos de cigarros que possam induzir ao erro a respeito de suas características para a saúde, dando a impressão de ser menos nocivo que outros, como a comercialização de subtipos de produtos do cigarro caracterizado como “*soft*”, “*light*” ou “*suave*”.

A lei de controle do tabaco proíbe em seu 7º artigo toda forma de publicidade, promoção e patrocínio por diversos meios de comunicação, com exceção apenas dos estabelecimentos que comercializam estes produtos, desde que acompanhado da advertência sanitária do MSP. Corrobora com a proibição de promoção enganosa. O decreto regulamentar de lei, nº 284/008, proíbe ainda a publicidade por qualquer meio eletrônico, a domicílio ou aérea.

A lei nº 19.244 de setembro de 2014 amplia a proibição dando novo texto ao artigo, incluindo a proibição de toda forma de publicidade, promoção e patrocínio de produtos do tabaco, uso de marcas, logotipos ou elementos de branding dos produtos

de tabaco em produtos que não sejam o tabaco, uso de qualquer elemento reconhecível, elaboração ou venda de alimentos, doces e brinquedos que tenham o formato de produtos do tabaco, uso da marca ou logotipo em jogos e brinquedos, uso de desenho animado em embalagens de produtos de tabaco. O patrocínio é proibido em atividades nacionais e internacionais, de cunho cultural, desportivo ou de qualquer outra natureza. Também é proibida a exposição de produtos do tabaco em seus locais de venda, onde são permitidas apenas listas textuais dos produtos do tabaco comercializados no estabelecimento acompanhados de preços. O decreto nº 317/014 especifica alguns detalhes desta nova normativa: estabelece que a lista textual de preços nos estabelecimentos que comercializam tabaco deve estar em folha de fundo branco, letra de cor preta, com dimensão total de 29,7 cm de altura por 21 de largura (tamanho A4) em orientação horizontal. A metade direita da folha deverá ter estampada a advertência sanitária do MSP, com legendas e imagens em cores.

Medidas de redução da dependência e incentivo ao abandono do tabaco

É de responsabilidade do poder executivo, segundo a Lei nº 18.256 de 6 de março de 2008, a criação, execução e avaliação de programa e estratégias de incentivo ao diagnóstico, tratamento da dependência do tabaco e produtos derivados, focados no âmbito da Atenção Primária, publicitação dos serviços oferecidos e oferta de recursos para cumprir este fim, como a dispensação de medicamentos, quando necessário e meios diagnósticos apropriados.

O decreto nº 465/008 aprova os programas integrais de saúde e o catálogo de prestações definido pelo MSP para os usuários contemplados pelo SNIS, que inclui o Programa Nacional para o Controle do Tabaco, que abrange atividades integrais de promoção, proteção, recuperação, reabilitação e cuidados paliativos, acesso a tecnologias e medicamentos adequados desde que aprovados pelo órgão competente.

A resolução nº 1369/009 dispõe do regulamento operativo do programa "*Preveniendo*". Define a inclusão do consumo de tabaco no questionário situacional para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, cumprindo com as recomendações de informação sobre a situação epidemiológica do uso do tabaco da Convenção Quadro. O programa tem como objetivo reduzir o impacto de quatro

doenças crônicas não transmissíveis de alta prevalência no Uruguai: Hipertensão, Diabetes, Câncer de cólon e obesidade/sobrepeso.

Há também a listagem e divulgação de serviços e programas de saúde existentes nos estabelecimentos de saúde do país, voltadas para a cessação do tabagismo que é de responsabilidade do MSP, estabelecido pelo decreto nº 284 que regulamenta a lei nº 18.256.

Como agenda de ação o MSP promove por meio do *Programa Nacional Para El Control De Tabaco* o cumprimento da normativa nacional e internacional por meio de estratégias de ação de prevenção e redução dos danos causados pelo uso do tabaco. A prática de atividades assistenciais é amparada pelo *Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo* de 2009 que define mecanismos de ação fundamentais conhecidos como ABC. São eles: **A**veriguar a situação do usuário por meio de perguntas; **B**reve aconselhamento partindo de todos os profissionais de saúde em todas as oportunidades e; **O**ferecer todo o apoio necessário (mecanismos de apoio, tratamento farmacológico) para a cessação do tabagismo (URUGUAY, 2009).

Outras medidas relacionadas ao comércio

A lei de controle do tabaco proíbe a venda a menores de 18 anos, conforme recomendado pelo artigo 16 da CQCT. Proíbe ainda a comercialização por meio de máquinas e a distribuição gratuita, enquanto o decreto regulamentar nº 284/008 proíbe o uso de incentivos para a compra, como promoções e descontos; proíbe a venda em estabelecimentos próprios para a saúde, educação, esportes e permanência de jovens e adverte o executivo municipal a implementar medidas de controle para impedir a comercialização de produtos do tabaco em estabelecimentos não habilitados ou em vias públicas. Posteriormente o decreto nº 521/009 amplia a medida, incluindo a responsabilidade do governo local de dar cumprimento às recomendações da convenção quadro.

Os dispositivos para fumar de qualquer tipo ou modelo são proibidos de serem comercializados, importados ou registrados segundo o decreto 534/009 de dezembro de 2009; o decreto nº 299/017 estende a estes produtos, todos as proibições compreendidas na lei nº 18.256 de 2008.

Cooperação

A cooperação entre as partes é parte fundamental de medidas anteriormente citadas da CQCT como as recomendações para melhoria da saúde pública, elaboração de políticas adequadas para prevenir e reduzir o consumo de tabaco, promoção da participação de organismos públicos e privados e organizações não governamentais na elaboração e aplicação destas estratégias.

Ademais constitui tema orientador dos artigos 20 e 22 que dispõe sobre pesquisa, vigilância e intercâmbio de informações e cooperação técnica, científica, jurídica e prestação de assistência especializada, respectivamente. Ademais, são indicados pelos artigos 23 e 24 a criação de mecanismos internacionais de acompanhamento e atualização das recomendações, por meio da instituição da secretaria da Convenção e reuniões periódicas que tem como objetivo analisar a implementação da Convenção nos países, denominada Conferência das Partes.

No âmbito interno, a lei uruguaia de controle do tabaco prevê a cooperação técnica e científica e câmbio de informação, enquanto a Resolução nº 682/006 prevê a cooperação entre países, articulado pela OPAS, para a realização de uma pesquisa mundial sobre o tabagismo entre jovens, enquanto a lei nº 18.128 estabelece cooperação entre Uruguai e Venezuela para o intercâmbio de experiências exitosas na luta contra o tabagismo no campo da saúde e medicina.

O volume de normativas que abordam a cooperação entre as partes é modesta, mas, de forma prática, teve grande impacto na defesa da lei de controle do tabaco frente à ação da PMI, onde é possível identificar uma articulação de diversos atores da institucionais e da sociedade civil organizada em cooperação internacional e nacional para o fortalecimento e soberania da lei sobre os interesses comerciais, evidenciando a importância que as medidas representam na reivindicação do direito à saúde e a ambientes saudáveis.

Dentre as estratégias para a cooperação e intercâmbio de informações, a Conferência das Partes (COP5) realizada em 2012 na Coreia do Sul instituiu a criação de centros especializados de conhecimento sobre o controle do tabaco. Estes centros, denominados *Knowledge Hubs*, são representados por instituições públicas, privadas sem fins lucrativos ou acadêmicas que possuem conhecimento e pesquisas aprofundadas em temáticas específicas que circunscrevem o controle do tabaco para potencializar a adoção das medidas nos países. O Uruguai, por meio do Centro de Cooperação Internacional para o Controle do Tabaco (CCICT), sediado no Ministério

da Saúde Pública do Uruguai, realiza o KH sobre cooperação internacional, que visa adquirir conhecimento técnico sobre cooperação sul-sul e triangular e promover o intercâmbio de habilidades, experiências, conhecimentos e assistência necessária entre países.

Comércio ilícito de produtos de tabaco

O Uruguai ratificou o Protocolo para Eliminação do Comércio Ilícito de Produtos do Tabaco em 2014 por meio da lei nº 19.259. Entretanto, não foram encontradas medidas legais diretamente adotadas pelo país para alcançar as recomendações do protocolo. A lei de controle do tabaco, nº 18.256, define a disposição de recursos materiais para auxiliar o combate ao comércio ilícito, já recomendadas pela CQCT, e a lei nº 17.930 já em 2005 define que nos casos em que há o confisco de cigarros, charutos ou semelhante por infração do produto, devem ser destruídos, sendo proibida sua comercialização.

No que se refere ao confisco em alfândega, destaca-se a lei nº 19.537 de 2017 que estabelece um acordo de cooperação entre Finlândia e Uruguai para trocar informações sobre ações que possam constituir uma infração alfandegária. Há também diversas normativas que tratam do IMESI aplicável ao tabaco leiloado como confisco alfandegário²⁶.

Apesar dos avanços na legislação nacional, o Uruguai possui como barreira para a diminuição dos níveis de tabagismo, o comércio ilícito do tabaco, realizado principalmente nas fronteiras com a Argentina, Brasil e Paraguai, e produtos de tabaco não-manufaturados, os quais não se encaixam na legislação vigente. O primeiro caso é problemático principalmente por conta de contrabandistas paraguaios que introduzem seus produtos através das fronteiras do Brasil e Argentina. O país possui o mais baixo preço em dólares americanos quando comparado aos demais citados (US\$ 0,35). Curti (2016) aponta que a questão do comércio ilícito é de grande preocupação no Uruguai uma vez que são 60% mais baratos que os cigarros regulados e majoritariamente presentes nas regiões de fronteira. Argumenta que em cidades afastadas das fronteiras onde a presença de tabaco ilícito é menor, seu uso é controlado ou pouco significativo, portanto o país se beneficiaria de implementar as

²⁶ Decreto nº 204/005; decreto nº 536/005; decreto nº 209/006/ decreto nº 79/009; decreto nº 76/010 identificados entre 2005 e 2018 nas bases de dados utilizadas para esta pesquisa.

recomendações do protocolo para diminuir a disponibilidade do produto e, conseqüentemente, seu o nível de tabagismo nos departamentos.

Proteção materna e infantil

A resolução ECOSOC - 2010/8 O uso do tabaco e a saúde materna infantil, apresenta recomendações de proteção à população materna e infantil, considerando-os como grupos vulneráveis ao uso e presença da fumaça dos produtos do tabaco. Na mesma temática, a resolução da Assembleia Mundial da Saúde WHA63.17 Malformação congênita, contempla recomendações de proteção às mulheres grávidas objetivando evitar a malformação congênita.

No Uruguai estas medidas são contempladas pelo *Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo*, que possui considerações sobre o cuidado de mulheres grávidas e recomendações aos profissionais para atender este grupo específico. Ademais, a lei de controle do tabaco possui como agravante da proibição de fumar em público, fazê-lo em lugares habituados a receber crianças e gestantes.

Indicadores

A recomendação da ECOSOC 2017/7 de 2017 refere-se ao uso de indicadores padronizados por idade, considerando uso em adultos a partir de 15 anos. O Uruguai não possui normativa ou política que estabelece claramente o uso destes indicadores como padrão, entretanto, o *Ministerio de Salud Pública* promove a realização do *Global Adult Tobacco Survey* utilizando esta metodologia de classificação.

Infrações

As medidas a serem adotadas para as infrações das determinações são previstas em lei. O MSP é o órgão responsável por fiscalizar e implementar medidas para o cumprimento da mesma. São estabelecidas como sanções o aviso, a multa e o encarceramento a depender da gravidade da infração. A arrecadação de multas será destinada 50% ao programa “*Control de Tabaco*” do MSP, 30% às intendências municipais, 10% a associações de pessoas portadoras de doenças relacionadas ao tabagismo e 10% a instituições ou organismos que trabalhem em prol dos princípios fundamentais adotados pela lei em si. A lei nº 18.362 em outubro de 2008 possibilita a substituição da multa por aplicação de programas de prevenção e controle de

mesmo valor, desde que apresentado e aprovado pelo *Programa Nacional de Control de Tabaco*.

A lei nº 18.996 modifica a lei de controle do tabaco e passa a responsabilizar o proprietário ou quem tem a propriedade ou obtenha qualquer benefício do uso dos espaços em que é proibido o uso de tabaco, responsabilizando também os donos de estabelecimentos em que fica proibido o uso de produtos do tabaco. Em relação ao artigo 7, sobre publicidade, promoção e patrocínio, as empresas que fabricam ou importam produtos de tabaco serão apontadas como responsáveis.

Efeitos da política

Apesar de ainda ser um dos principais fatores de risco para doenças crônicas no país, o hábito de fumar demonstrou quedas significativas entre os dois maiores inquéritos nacionais, em 2006 e 2013, apresentando taxas de 34% e 25% respectivamente em todos os grupos de idade, o que demonstra o impacto das normativas emitidas após a CQCT em 2004 no país (MSP, 2014).

Os efeitos da política uruguaia refletem a efetividade e justificam as medidas adotadas. Segundo a ENHSCD de 2006 (OUD, 2016), a prevalência de fumantes com mais de 15 anos no país representava 34% da população. Dados da 1ª e 2ª Global Adult Tobacco Survey (GATS), realizadas no Uruguai em 2009 e 2017 respectivamente, evidenciam uma queda de 25% para 21,6%. A exposição à fumaça de tabaco, um dos principais eixos da política uruguaia de controle do tabaco, também apresentou queda (16,5% para 11,1% em locais de trabalho fechados e 29,2% para 20% nos lares). No que tange ao consumo de tabaco entre jovens de 13 a 17 anos, que em 2007 representava uma das sete maiores na região das Américas, houve uma queda de 30,2% em 2003 para 9,2% em 2014 (OPAS, 2009; 2017).

Os relatórios periódicos do estado da arte das regulações de tabaco nos países, definidas como competências das partes pelo artigo 21 da CQCT, para o Uruguai podem ser encontrados no site da secretaria²⁷, com publicações em 2007, 2010, 2012, 2014, 2018, evidenciando o uso dos mecanismos de monitoramento disponíveis por parte do Estado e seu comprometimento com estas medidas.

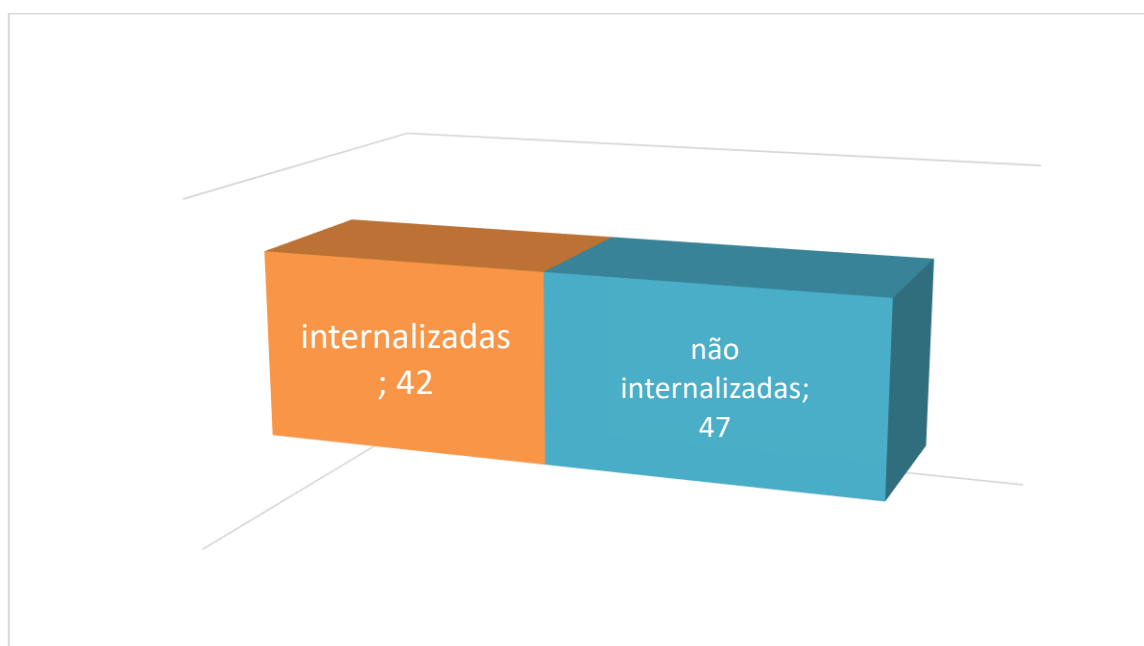
Destaca-se que grande parte das normativas nacionais, foram instituídas no ordenamento jurídico do Uruguai por iniciativa do poder executivo (decretos

²⁷ <https://untobaccocontrol.org/impldb/uruguay/>

presidenciais representam 58% das normativas) embora muitas medidas tenham sido posteriormente incluídas nas 13 leis existentes sobre o tema, e a priorização da regulação do tabaco na agenda do chefe de Estado, evidenciando o controle do tabaco inicialmente como uma política de governo, estimulada por motivação pessoal e protagonismo político.

Para a checagem da internalização de recomendações internacionais das resoluções identificadas, foram utilizadas, além das normativas, disposições das políticas sobre tabaco das pastas do executivo, principalmente da saúde, quando encontradas, uma vez que algumas das recomendações dispõem de implementação de políticas públicas de assistência à saúde, medidas de prevenção do tabagismo e demais ações de promoção da saúde. Destaca-se o *Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo*.

Gráfico 5 – Recomendações internacionais sobre regulação de tabaco internalizadas no Uruguai (2005-2019).



Fonte: elaboração própria.

Das 88 recomendações identificadas sobre regulação de tabaco, 41 foram internalizadas no ordenamento jurídico do Uruguai. Isso porque embora tenha sido ratificado, não foram encontradas normativas específicas para a maior parte das recomendações do protocolo para eliminação do comércio ilícito do tabaco, que

representa 28% do total de recomendações. Ademais, conforme citado anteriormente, as prioridades de regulação do país como medida de controle do tabaco são compostas pela promoção de espaços livres da fumaça do tabaco, controle da publicidade dos produtos do tabaco, taxaço e advertências sanitárias nos pacotes (TRIUNFO, 2016).

Alimentos Ultraprocessados

A alimentação inadequada está relacionada com o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, hipertensão e câncer, que são atualmente as principais causas de morte no Uruguai, além de ser o principal fator para o aumento dos fatores de risco sobrepeso e obesidade. O Uruguai é o 4º país com o maior número de vendas de alimentos ultraprocessados, que chegou a 149,5 kg *per capita* ao ano em 2013, o maior crescimento registrado entre 2000 e 2013 na região da América Latina. A alta taxa de obesidade e sobrepeso em adultos no país reforça a associação entre o consumo de alimentos ultraprocessados e obesidade identificada na literatura científica. Assim sendo, a nutrição adequada se expressa como um importante mecanismo de promoção e prevenção a ser trabalhado pela saúde pública do país por meio de estratégias de acesso a alimentos saudáveis (FAO, 2017; MACHADO, 2016; OPAS, 2018).

A alimentação saudável é um direito inerente ao ser humano segundo o artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos²⁸ e no Uruguai é garantida constitucionalmente de forma indireta por meio do artigo 72, que estabelece que “A enumeração de direitos, deveres e garantias feita pela Constituição não exclui outros que são inerentes à personalidade humana” e mediante leis específicas de direito à alimentação e segurança alimentar. O Uruguai possui um documento-proposta de compromisso para o trabalho conjunto a favor da alimentação adequada, com participação dos representantes executivos, comissões e associações nacionais de proteção à saúde e de categorias profissionais, empresas de caráter público e organismos internacionais²⁹.

O Uruguai usualmente ratifica de forma sistemática os documentos aprovados pelas organizações internacionais das quais faz parte, incorporando-os ao ordenamento jurídico e tornando-as prioridades na agenda política (VILLADEMOROS, 2018). Desta forma ratificou o Protocolo de San Salvador que estabelece que “toda pessoa tem direito a uma nutrição adequada que assegure a possibilidade de gozar

²⁸ https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm

²⁹

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Compromiso_para_el_Derecho_Humano_a_la_alimentaci%C3%B3n_adeuada_13_junio_2013.pdf

do mais alto nível de desenvolvimento físico, emocional e intelectual”³⁰ garantido pelo Estado por meio do incentivo à produção e distribuição de alimentos de qualidade.

Foram encontradas 28 normativas sobre alimentos ultraprocessados que se expressam por meio do controle dos nutrientes críticos mais característicos dessa categoria de alimentos, e que mais se relacionam a DCNT: açúcares, gorduras *trans*, gorduras saturadas e sódio. Observa-se que mais de 3/4 destes foram publicados pelo poder executivo, sendo 65% decretos presidenciais (gráficos 5 e 8). Desde 2004 o número de publicações anuais varia entre 1 e 4, exceto no ano de 2014, que teve 8 publicações que abordam regulações de proteção dos espaços infantis de alimentos não saudáveis, definição de uma reserva de mercado estatal para produtos provenientes da produção agropecuária familiar e limitação de componentes (gorduras, componentes sintéticos) em alguns alimentos (gráfico 7).

O programa nacional de alimentação do país faz uso de três artifícios principais no estímulo à alimentação saudável e combate à obesidade: **normativas de proteção** de populações-chave, **campanhas nacionais de educação** e conscientização, que visam estimular o consumo de alimentos saudáveis, e um documento base de **diretrizes e recomendações de alimentação saudável** que objetiva tornar-se referência para quem produz e quem consome os alimentos.

Os **mecanismos de proteção** e restrição de acesso de grupos específicos aos alimentos ultraprocessados são focadas na população infantil, uma vez que a adoção de uma dieta não saudável na infância aumenta as chances de desenvolver obesidade e suas complicações subseqüentes na vida adulta. O Uruguai possui, por exemplo, o programa “*elegí tu merienda saludable*” que busca proteger de forma mais incisiva e personalizada a população infantil da disponibilidade de alimentos não saudáveis no ambiente escolar. O programa conta com uma lei que proíbe a presença e a publicidade de alimentos ultraprocessados e uma lista de recomendações elaborada pelo MSP para os centros de ensino. A mesma lei busca contemplar a disponibilidade de alimentos adequados para casos de restrição alimentar específica como intolerância a glúten ou doença celíaca.

Há ainda publicações complementares temáticas: um guia sobre alimentação complementar para crianças de 6 a 24 meses, guia e norma nacional sobre

³⁰ Protocolo adicional em materia de direitos económicos, sociais e culturais de 1988, disponível em <http://www.impo.com.uy/bases/leyes-internacional/16519-1994>.

amamentação, informativo que incentiva a introdução de alimentos preparados em casa para crianças em desmame, uma série de publicações em módulos sobre adoção de hábitos alimentares saudáveis baseado nas recomendações do guia alimentar, com informações básicas sobre obesidade e o panorama de DCNT no país, formas de apresentação dos alimentos, sugestões de receitas e recomendações da OMS para a manipulação inócua dos alimentos, guia de abordagem do sobrepeso e obesidade na adolescência e materiais educativos do programa nacional de nutrição.

As **campanhas nacionais** visam estimular a adoção de hábitos alimentares saudáveis e conscientização dos malefícios do consumo de alimentos não saudáveis. Destaca-se a campanha “- sal, + salud” que propõe a diminuição do uso de sal em panificações, uma vez que este grupo de alimentos é consumido cotidianamente por grande parte da população do país. Visa a colaboração voluntária com estabelecimentos comerciais com o objetivo máximo de diminuir os níveis de hipertensão arterial.

O *Guía Alimentaria para la Población Uruguaya* publicado em 2016 reúne **recomendações e diretrizes para a promoção da alimentação saudável**. Foi atualizado em conjunto com dois outros diagnósticos: um sobre alimentação e nutrição para a prevenção de DCNT e outro sobre o perfil alimentar e nutricional da população do país. Há também uma publicação que descreve de forma detalhada os métodos e o processo de atualização do guia que se baseia em um modelo validado pelo *Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá* (INCAP). O guia contém algumas considerações sobre a alimentação como mecanismo de fortalecimento das relações sociais, expressão e fortalecimento da cultura local e recomendações de ações cotidianas para promover uma alimentação saudável. Classifica os alimentos nas categorias natural, processado e ultraprocessado, e utiliza a definição de alimentos ultraprocessados semelhante à de Monteiro (2016), com exemplificações do nível de nutrientes que os constituem. O guia destaca ainda a importância de consumir alimentos saudáveis no café da manhã e a valorização de pratos tradicionais em diversas refeições, dá ideias de elaborações culinárias para o dia-a-dia e orienta a leitura crítica dos rótulos de alimentos industrializados.

A referência normativa relacionada a alimentos no Uruguai é o regulamento bromatológico nacional, instituído pelo decreto nº 315/994 de 5 de julho de 1994, que possui definições de termos de interesse e regulamentos técnicos sobre as condições

necessárias para a comercialização e consumo dos alimentos. Além de definir parâmetros de qualidade, o regulamento pode definir a quantidade padrão de determinados compostos na composição para a manutenção das características de um alimento, sendo de interesse para este estudo a definição de limites máximos dos nutrientes críticos relacionados a DCNT: sal, açúcares e gorduras saturadas e gorduras trans. Das 28 normativas encontradas, 12 correspondem a alterações técnicas do Regulamento Bromatológico Nacional ao longo do período de estudo (2005-2018).

A primeira modificação identificada no período (Decreto N° 94/005) derroga o artigo que determina a proibição de referências diretas a diabetes ou diabéticos na rotulagem e publicidade de alimentos modificados na sua composição energética. A justificativa é de que o mesmo não é um elemento real de prevenção sanitária para diminuir as consequências para a saúde da diabetes e que afeta negativamente no futuro desenvolvimento de um sistema de conscientização sobre a doença. Posteriormente, diversas outras normativas limitam a quantidade de nutrientes críticos em alimentos: decreto 273/007 define os componentes e quantidades permitidos nos azeites e óleos para fins alimentícios; decreto nº 588/008 e decreto nº 15/014 define a porcentagem máxima de gorduras nos embutidos; decreto 278/009 define a concentração máxima de alguns aditivos alimentícios, como aspartame, sacarina e sucralose; decreto nº 419/009 define a apresentação e aditivos permitidos em edulcorantes de mesa; decreto 506/009 define a identificação de alimentos que contenham trealose; e por último o decreto 272/018 define critérios para considerar que um produto tem excesso de sódio, gorduras e açúcares, medida necessária frente à nova política de rotulagem de alimentos que inclui uma advertência em um octógono na parte frontal da embalagem como forma de alertar os consumidores sempre que o produto ultrapassar o limite estabelecido pela lei.

Há também normativas que incluem no ordenamento jurídico nacional resoluções acordadas no âmbito do Grupo Mercado Comum (GMC) do Mercosul, principalmente no que tange a rotulagem de alimentos e informações nutricionais com o objetivo de facilitar o comércio entre os países. Desta forma, entende-se que este mecanismo do comércio estimula o acesso a informação da composição nutricional de alimentos industrializados. Neste caso específico a transparência adotada como norma facilita o comércio ao mesmo tempo em que beneficia o acesso a informação

do consumidor. No total, 6 das 28 normativas identificadas foram implementadas por conta de algum regulamento do GMC/Mercosul.

Entretanto, é frequente que as normativas estimuladas por questões econômicas não busquem benefícios à saúde e, contrariamente, sobreponha o desenvolvimento e provento econômico em detrimento da proteção à saúde da população. Para as questões ligadas ao comércio, o controle dos níveis de nutrientes críticos nos alimentos não representa benefícios, e conseqüentemente são pouco aceitas pelas indústrias de alimentos.

A inserção da lógica de mercado na produção de alimentos a partir da década de 1970 ocasionou perdas significativas para a alimentação saudável. A associação íntima entre a distribuição, comercialização, produção e consumo de alimentos em uma lógica capitalista, subverteu os princípios, valores e simbologia cultural do se alimentar e confiou a alimentação aos atores comerciais transnacionais com um novo paradigma do alimento como produto de consumo. Transformando o lucro na prioridade máxima, o comércio de alimentos utiliza artifícios e estratégias de inserção cada vez mais profundas, agravando problemas históricos de acesso à alimentação concomitantemente ao aumento da obesidade. Com a justificativa de sanar a fome, torna-a mais presente, juntamente com fatores de risco potenciais à saúde dos que o consomem e o caráter comercial internacional causa danos à soberania alimentar do país (MACHADO, 2016).

As duas últimas normativas identificadas no período datam de 2018 e tratam de um programa de regulação dos alimentos ultraprocessados que será executado em duas etapas: diminuição progressiva em 10 meses do excesso de gorduras *trans* presentes nessa categoria de alimentos (decreto nº 114/018) e a rotulagem frontal simples e clara quando a adição de sal, gorduras ou açúcares atingir o limite estabelecido pela lei (decreto nº 272/018). Reconhecendo a ampla utilização de nutrientes críticos nos alimentos industrializados consumidos cotidianamente pela população, as normativas são uma resposta aos altos níveis de mortalidade por doenças cardiovasculares, que chega a 27% no país, e aos níveis de obesidade e sobrepeso que chegam a 64,9%. Entende-se que a estratégia dupla – redução e rotulagem – complementam-se para uma ampla cobertura dos alimentos disponíveis no mercado. As disposições previstas no decreto deverão ser cumpridas em até 18 meses (fevereiro de 2021).

Estão isentos da obrigatoriedade do uso da advertência: alimentos para uso medicinal, alimentos para dietas de controle de peso por substituição parcial de refeições, suplementos dietéticos e esportivos, fórmulas para lactantes e crianças de até 36 meses e edulcorantes de mesa sob a justificativa de atender às necessidades especiais de grupos específicos (desportistas, lactantes e diabéticos). Outrossim, são incluídos de forma clara no texto da normativa os alimentos embalados na ausência do cliente, o que exclui alimentos preparados ou embalados na hora, como *fast foods*.

As disposições dos decretos foram formuladas por um grupo intersetorial formado por representantes do Ministério de Saúde Pública, Indústria, Agricultura, Economia, Desenvolvimento Social e Educação, Comissão Honorária de Saúde Cardiovascular e A Universidade da República e sobrepõe as determinações técnicas sobre rotulagem de alimentos do Mercosul, priorizando a resposta à saúde pública e estando em acordo com discussões e documentos internacionais que incentivam a regulação mais incisiva.

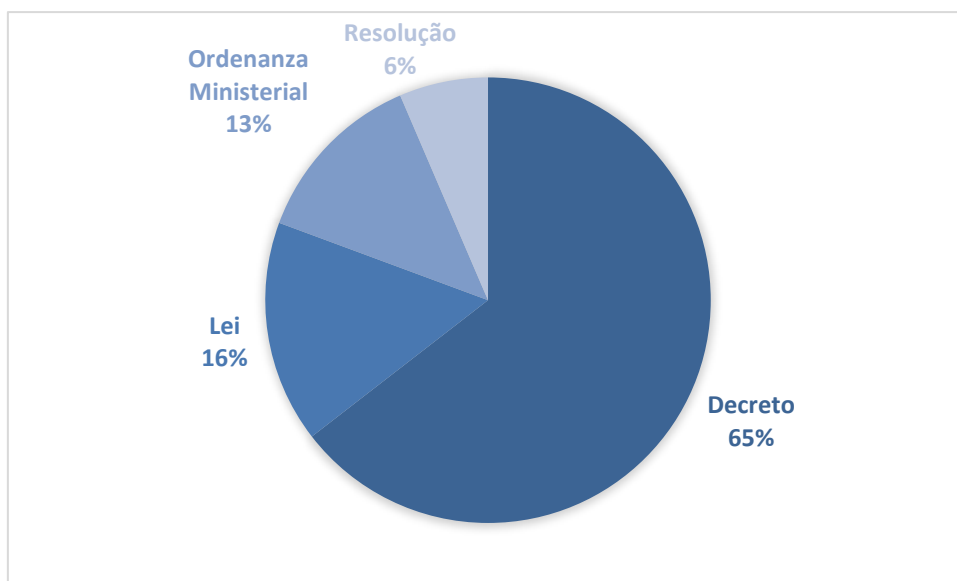
Em 11 de agosto de 2017, quando a implementação da política estava em consulta pública, a *Coca-Cola Company* enviou ao *Ministerio de Economía y Finanzas* do Uruguai uma carta pontuando 5 tópicos em que o projeto diverge de outras normativas acordadas com o país, em sua maioria comerciais. São citados os acordos de rotulagem no âmbito do Mercosul, as divergências com o *Codex Alimentarius*, que, segundo a carta, é o principal regulamento internacional de alimentos, e o *Acuerdo General sobre Organización Mundial del Comercio* (GATT) da OMC, evidenciando que a medida viola explicitamente um dos parágrafos, estando sujeito a penalidades ou à possibilidade de uma sanção. Também considera errônea a classificação de seus produtos como ultraprocessados, alegando que este não é um método de categorização amplamente aceito, e considera equivocado o uso do Modelo do Perfil Nutricional da Opas ao invés da recomendação sobre nutrientes da OMS, sendo o Uruguai o único país que usa as recomendações da Opas como parâmetro. O MPN da Opas apesar de ser formulado com base nos critérios nutricionais da OMS, é aplicado em produtos individuais ao invés da dieta total.

Não foi encontrada uma legislação específica de controle da alegação de propriedade funcional e de saúde dos produtos industrializados, contudo, no *site* do *Ministerio de Salud* é possível encontrar uma série de normativas de órgãos competentes de outros países usadas como referência e autorizadas pelo

departamento de alimentos do MSP³¹. Não há indicativo de que estas normas são adotadas estatutariamente no Uruguai.

Regulação nacional x recomendações internacionais

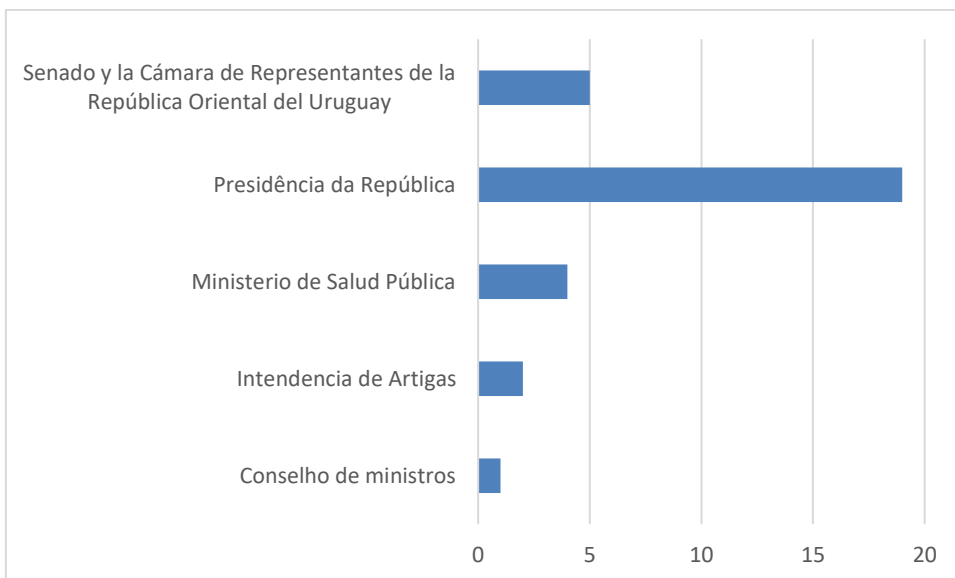
Gráfico 5 – Porcentagem das normativas de alimentos ultraprocessados por tipo de regulação, 2018.



Fonte: elaboração própria.

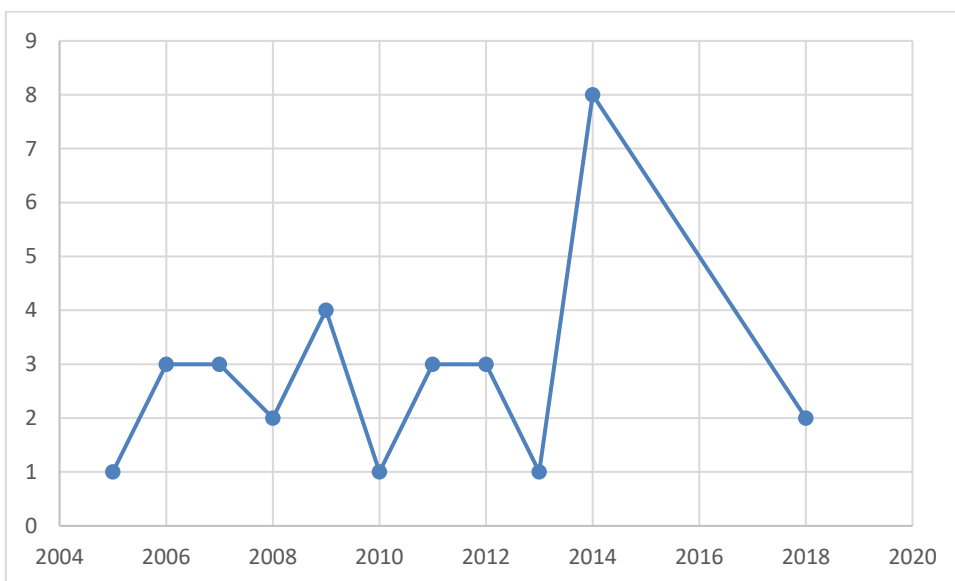
Gráfico 6 – Porcentagem das normativas de alimentos ultraprocessados por órgão expedidor, 2018.

³¹ regulamentos da União Europeia, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa (Brasil), *Food and Drug Administration* - FDA (Estados Unidos), *Health Canada* (Canadá)



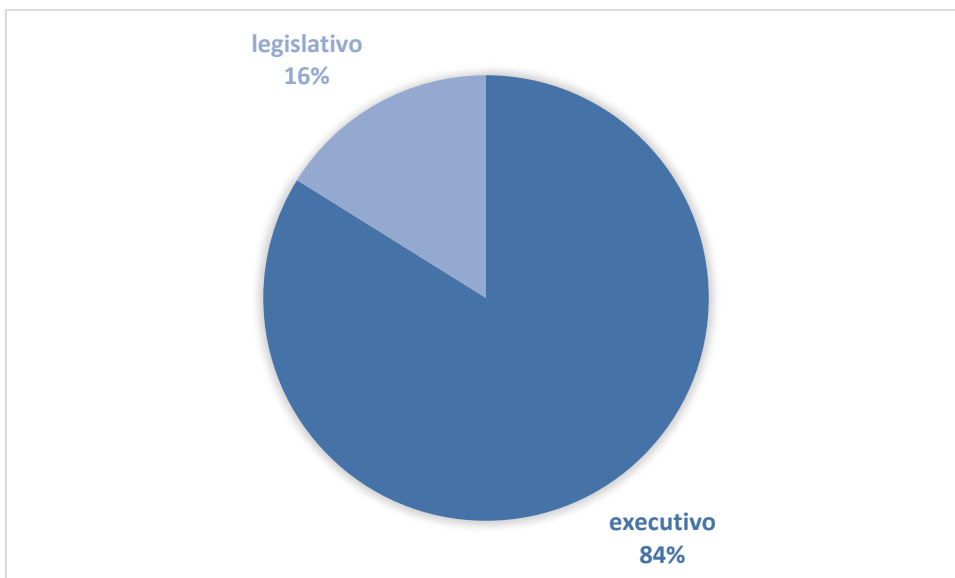
Fonte: elaboração própria.

Gráfico 7 – Porcentagem das normativas de alimentos ultraprocessados por ano de publicação, 2018.



Fonte: elaboração própria.

Gráfico 8 – Porcentagem das normativas de alimentos ultraprocessados por esfera de poder, 2018.



Fonte: elaboração própria.

Internalização

Decreto N° 272/018 – octóginos (rótulo e conteúdo) não há recomendação internacional

Descritores personalizados às principais recomendações dos organismos internacionais:

Lei 17.803 – aleitamento materno – palavra-chave: lactancia materna.

Resoluções do GMC do Mercosul contribuem para a transparência da formulação e fabricação de alimentos uma vez que tornam obrigatória a informação sobre a presença de nutrientes específicos nos alimentos embalados.

Álcool

Evidências apontam os severos e amplos malefícios causados pelo consumo nocivo de álcool. Além do dano social, o uso de álcool potencializa problemas de saúde agudos e crônicos, transmissíveis e não transmissíveis, sendo o protagonista em mais de 30 doenças relacionadas diretamente com a substância. O álcool é fator de risco direto para doenças como câncer, distúrbios neuropsiquiátricos e doenças cardiovasculares, além de agravar a morbimortalidade por causas externas. Globalmente caracteriza-se como um importante fator de risco para tais doenças, com

o mesmo fator de impacto atribuído ao fumo nos anos 2000. Apesar dos malefícios, é a substância psicoativa mais usada no mundo, agravando problemas históricos de saúde pública (ANDERSON, 2009).

Rehm (2009) aponta que os problemas relacionados ao álcool são locais, mas existem aspectos associados à falta de uma regulação internacional. O controle de álcool, embora seja uma medida necessária, enfrenta problemas globais de implantação. Entre eles: o financiamento global da saúde pública não prioriza ações de controle do álcool, a falta de vontade política ou infraestrutura para a implementação destas políticas, ação da indústria para impedir a implementação de regulações efetivas, sugerindo medidas alternativas como auto-regulação e a problemática complexidade da regulação do marketing de bebidas alcoólicas (ESSER, 2018). Entende-se que a auto-regulação não configura um mecanismo efetivo de regulação pois o teor do conteúdo adotado pelas empresas corriqueiramente aborda a boa imagem da empresa (ou de seus produtos) e não os danos nocivos causados pelo uso da substância. Tratam-se, portanto, de medidas simuladas para frear regulações de iniciativa pública e aumentar o controle das empresas em detrimento do controle das agências de saúde pública.

Destaca-se a ação contundente do lobby da indústria do álcool para impedir a regulação de seus produtos. Evidências apontam cinco estratégias principais de ação: investimento em evidências favoráveis ao álcool; alianças com setores, organizações ou o público geral para dar a impressão de apoio à indústria; apoio e desenvolvimento de políticas alternativas à regulação do produto, como medidas de responsabilidade corporativa; artifícios legais como litigação ou uso de influência na formulação de leis internacionais; e incentivos monetários ou ameaça de retirada financeira. Destaca-se a ação da indústria do álcool para impedir a regulação do marketing (SAVELL, 2016).

Foram encontradas 25 normativas que abordam a regulação do álcool no Uruguai. O conteúdo predominante é a proibição do consumo do produto em locais e situações específicas. A regulação, portanto, associa-se primordialmente à responsabilização do indivíduo ou grupo quanto ao uso de álcool e não a regulação do produto em si. O fator motivador das regulações em geral não se associa à prevenção de doenças crônicas e proteção integral da saúde da população. As normativas identificadas em sua maioria, influenciam de forma mais incisiva a

promoção da saúde de forma indireta. O conteúdo das normativas será detalhado a seguir, agrupado por categorias.

Conteúdo e rótulos

A regulamentação do conteúdo de produtos com álcool se dá no Regulamento Bromatológico Nacional, que reúne as características bromatológicas obrigatórias de composição, processamento, conservação e elaboração de alimentos e bebidas. Foi aprovado pelo decreto do poder executivo nº 315/994 de 5 de julho de 1994 e sofreu diversas modificações ao longo do tempo.

O decreto 65/008 que dá novo texto ao decreto 351/999, especifica que as bebidas alcoólicas destiladas devem seguir o padrão de qualidade e composição das normas do UNIT (Instituto Uruguaio de Normas Técnicas) e as posteriores modificações aprovadas pelo órgão. A medida foi posteriormente revogada pela resolução nº 526/009, primeira normativa sobre o tema identificado no período, por conta do recurso interposto pela Empresa de bebidas alcoólicas *Salaur S. A.*

A norma referente a cervejas é a resolução GMC 14/01 do regulamento técnico do Mercosul que define padrão de qualidade e os componentes autorizados e estabelece o grau alcoólico de cervejas com álcool (superior a 0,5% vol.) e cervejas sem álcool (inferior ou igual a 0,5% vol.). A declaração do conteúdo alcoólico é obrigatória para cervejas com álcool. Para a cervejas sem álcool, se autoriza ressaltar essa característica. A normativa é implementada no ordenamento jurídico pelo decreto nº 286/009 e modifica o regulamento bromatológico nacional.

Em abril de 2017 o decreto nº 83/017 inclui a obrigatoriedade de declaração do conteúdo alcoólico, inclusive de cervejas sem álcool por porcentagem para cada 100 ml (% vol.) do produto e em placas e sinalizadores dispostos nos locais de venda, e define características do informe. Segundo o decreto nº 330/014 bebidas alcoólicas e bebidas sem álcool gaseificadas não podem ser consideradas suplementos esportivos.

Além da informação explícita do conteúdo alcoólico, não é obrigatória a inclusão de advertências sobre os efeitos nocivos do uso do álcool na publicidade de produtos alcoólicos.

Conduta

Diversas normas de conduta social e profissional regulam o uso de bebidas alcoólicas. Nesta categoria, as normativas se dividem em dois eixos principais: conduta no trabalho e conduta em espaços públicos. Serão detalhadas a seguir as normativas que se associam a eles, respectivamente.

A primeira normativa identificada no período sobre regulação da conduta no ambiente de trabalho trata da proibição de consumo de álcool para modalidades esportivas relacionadas ou não com veículos automotores (aeronáutica, automobilismo, boliche, karatê, motociclismo entre outros). O decreto N° 249/005 estabelece níveis máximos de concentração de álcool no sangue (gramas por litros). Em março de 2008 é incluído no ordenamento jurídico a Convenção Internacional contra o Doping no Esporte, que proíbe bebidas alcoólicas de competições esportivas, com concentrações diferentes para cada modalidade, pela lei n° 18254, semelhante à regulação anterior.

O decreto n° 321/009 regulamenta a Convenção Internacional de Trabalho no que diz respeito a segurança e saúde aos trabalhadores da agricultura, proibindo o uso de álcool e outras drogas no local de trabalho, bem como a entrada de pessoas sob a influência do mesmo.

Em áreas profissionais específicas, fica a cargo do responsável da aeronáutica realizar controle da eventual presença de álcool nas pessoas diretamente ligadas à atividade aeronáutica de acordo com a lei n° 18619 de novembro de 2009. O decreto n° 125/014 proíbe a expedição de bebidas alcoólicas em qualquer âmbito de trabalho para os trabalhadores de construção. Há também regulamentação para profissionais que fazem uso de armas de fogo em seu ofício, tornando o uso frequente de álcool um dos impedimentos psicológicos para o porte das mesmas, além de proibir o uso em caso de consumo da substância³². De forma geral o decreto n° 128/016, que define o protocolo de atuação para caso de consumo de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho, proíbe o consumo e posse de bebidas alcoólicas em ambiente de trabalho ou em ocasião do mesmo.

Há ainda as normativas que proíbem o uso de álcool em situação específica de trabalho associado a direção. A norma n° 1899/010 da OSE (*Administración de las Obras Sanitarias del Estado*) considera causa de rescisão de contrato quando o

³² Decreto N° 377/016 de 13 de dezembro de 2016.

contratado para serviço de chofer apresentar sinais de uso de álcool e embriaguez ao entrar em serviço; a norma 78/018 do mesmo órgão proíbe a condução de veículos oficiais após a ingestão de álcool e estende a proibição aos passageiros. Os pilotos de veículos ultraleves certificados em competência são proibidos de consumir bebidas alcoólicas frente a suas funções aeronáuticas segundo normativa da *Dirección Nacional de Aviación Civil e Infraestructura Aeronáutica*³³.

As normas de conduta social em ambiente público incluem atribuir à prefeitura nacional naval o controle da presença de concentração de álcool através de procedimento de espirometria ou similar na população de barcos em jurisdição nacional (lei nº 18888), definir a pena de 7 a 30 dias de trabalho comunitário para quem se apresentar em estado grave de alteração causada por álcool com níveis superiores a 1,2 gramas por litro de sangue em espaços públicos (lei nº 19120) e proibir o acesso de pessoas sob o efeito de álcool ou que tentarem entrar portando bebidas alcoólicas em espetáculos públicos (lei nº 19534).

Identifica-se maior rigor na regulação da conduta individual frente ao uso de álcool que na regulação do produto, totalizando 13 normativas, em especial no ambiente de trabalho. Tais medidas não têm tanta expressividade nas recomendações das resoluções internacionais.

Trânsito

As normativas de trânsito representam 6 do total identificado. A primeira encontrada no período, lei nº 18191 de novembro de 2007, trata de questões de segurança rodoviária e entende que todo condutor com a concentração de álcool no sangue maior que a permitida, está inabilitado para conduzir qualquer tipo de veículo. À época da lei em questão a concentração máxima permitida é de 0,8 gramas. O decreto nº 556/008 define diminuição gradativa da concentração máxima de álcool por litro de sangue. A partir de novembro de 2008 passou a ser de 0,5 gramas e em março de 2009, 0,3 gramas. Em 2015 a lei nº 19360 altera a lei nº 18191 e define que toda quantidade de concentração de álcool no sangue superior a 0,0 gramas torna o condutor inabilitado para conduzir.

A lei nº 18315 de 2008 detalha o procedimento policial para casos em que se presume embriaguez e estabelece que o condutor que se recusar a realizar a

³³ Resolução sem número.

espirometria, teste que quantifica o nível de álcool do sangue, terá a licença retida e será informado que a negativa supõe responsabilidade sobre as normas de regulamentação de trânsito. A lei nº 19120 de 2013 substituiu a redação do código penal e estabelece que é passível de prestação de 7 a 30 dias de serviço comunitário os condutores com níveis de álcool superior a 1,2 gramas por litro. A identificação das responsabilidades penais por conduzir em estado de embriaguez é de responsabilidade do *Ministerio del Interior* (Dada pelo decreto nº 84/014). A partir da promulgação do decreto nº 285/016 de setembro de 2016, os condutores com o resultado de espirometria positiva podem solicitar exame de sangue para confirmar ou retificar o resultado.

Programas

O programa de atendimento a pessoas com problemas de saúde causados pelo álcool do Uruguai é executado por meio do MSP que possui um guia de detecção de consumo de álcool, avaliação do risco e aconselhamento breve. O guia pretende servir de apoio técnico aos profissionais dos estabelecimentos de saúde. Destacam-se as normativas *Ordenanzas Ministeriales* nº 485 e nº 541 do *Ministerio de Salud* que enfatizam o atendimento personalizado e integral à população jovem (10 a 24 anos) que se encontra em situação de uso problemático de álcool ou com alguma morbidade causada pelo mesmo.

A resolução nº 449/013 cria um comitê de ética para o projeto *Public Health Implications of Alcohol Industry Corporate Social Responsibility Programs* (Implicações dos programas de responsabilidade social das indústrias de álcool para a saúde pública) da Secretaria Nacional de Drogas da Presidência em conjunto com o *Internacional Development Research Centre* (IDRC). O IDRC apoia pesquisas em diversos países em desenvolvimento para o enfrentamento de desafios globais. O projeto desenvolvido no Uruguai visa examinar as práticas de Responsabilidade Social Corporativa nas indústrias de álcool na América Latina, especificamente Argentina, Brasil e Uruguai, avaliando o real impacto das mesmas sobre os malefícios do uso do álcool.

Entre os programas de saúde pública, inclui-se a Estratégia Nacional para a Abordagem do Problema de Drogas de responsabilidade da Secretaria Nacional de

Drogas (*Junta Nacional de Drogas*). Os principais eixos envolvem o fortalecimento institucional, equidade social, saúde integral, justiça e convivência, medidas de controle e regulação de mercado, relações internacionais e cooperação. No tocante à regulação de mercado da estratégia, são destacadas como linhas de ação: o reforço aos mecanismos de controle e fiscalização e fortalecimento das medidas existentes, sem estratégias específicas de cuidado e controle. O Uruguai possui ainda, por iniciativa do MSP, guias para a detecção do consumo de álcool em adolescentes e guia para intervenção e aconselhamento breve.

Não foram encontradas medidas de tributação relacionadas ao controle da circulação de bebidas alcoólicas, mecanismos legais de inserção de estratégias terapêuticas para o controle do uso nocivo de álcool, medidas de integração entre ciência e prática, participação integrativa de grupos de interesse e da sociedade civil.

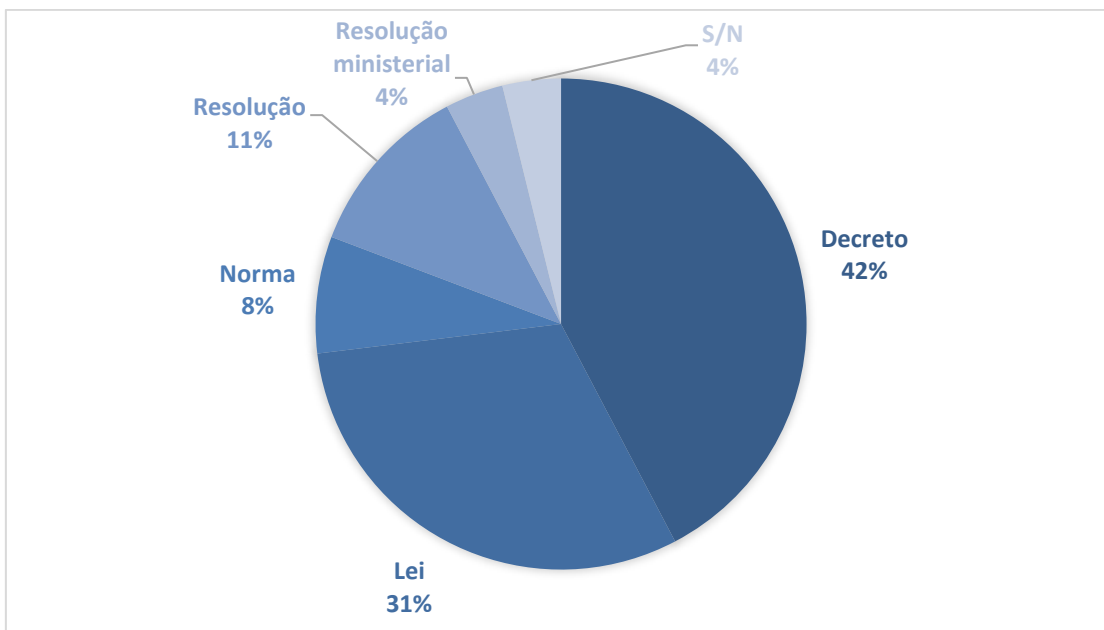
Das 72 recomendações internacionais, 7 são contempladas com regulações internas no país (9,7%).

Entretanto, não se incluem à obrigatoriedade de publicidade os efeitos nocivos do uso do álcool, conforme recomendado pela estratégia global para a redução do uso nocivo do álcool.

As recomendações internacionais não contemplam a cooperação entre agências e países para medidas voltadas aos produtos, apenas em caso de comércio ilícito ou produto informal.

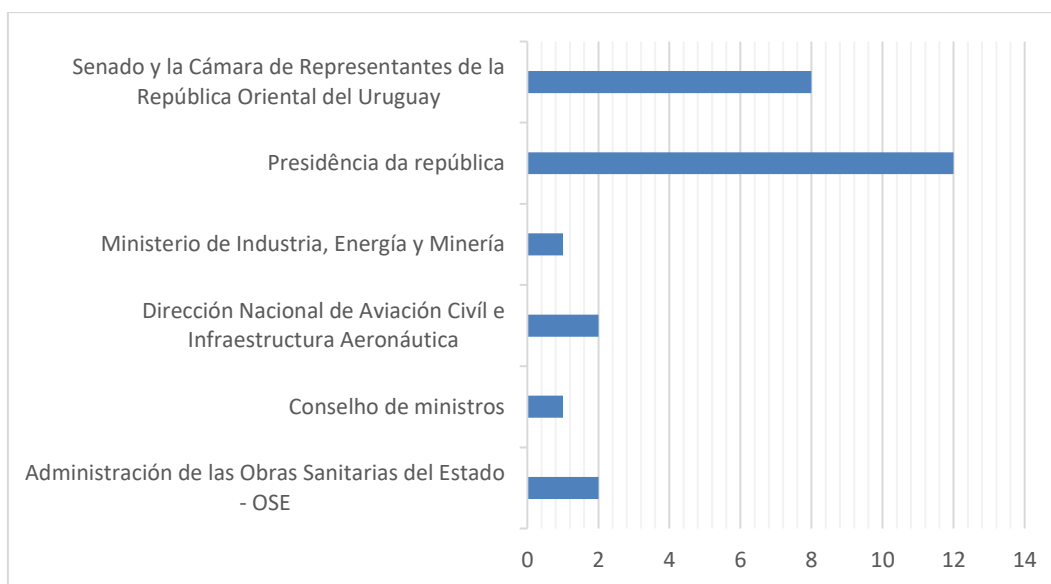
11 normativas se associam a recomendações internacionais
14 não se relacionam.

Gráfico 9 – Porcentagem das normativas de álcool por tipo de regulação, 2018.



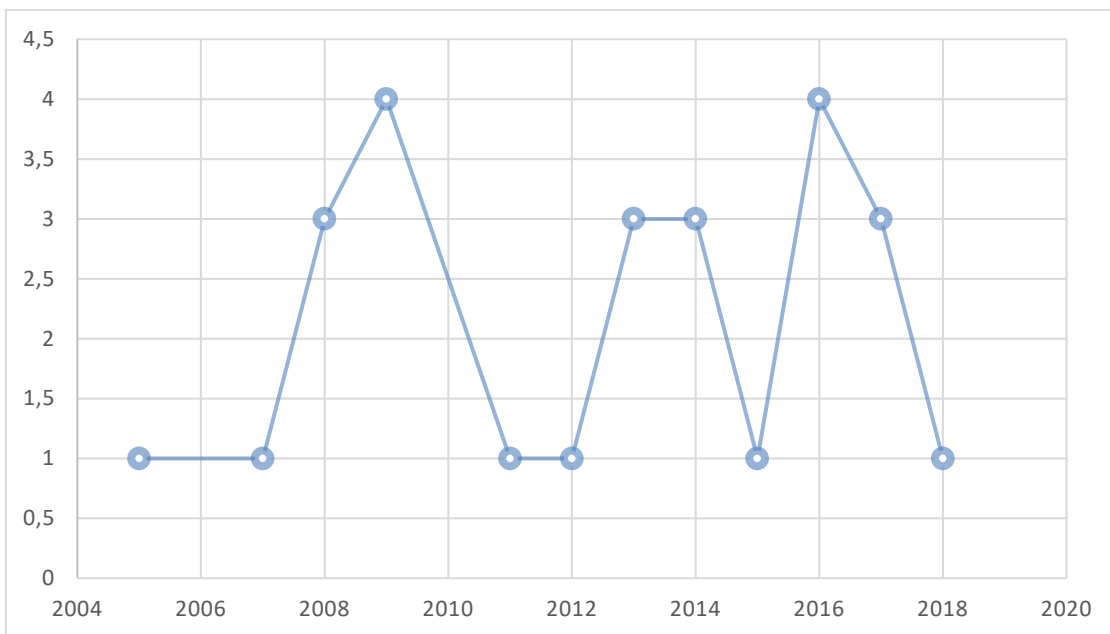
Fonte: elaboração própria.

Gráfico 10 – Porcentagem das normativas de álcool por órgão expedidor, 2018.



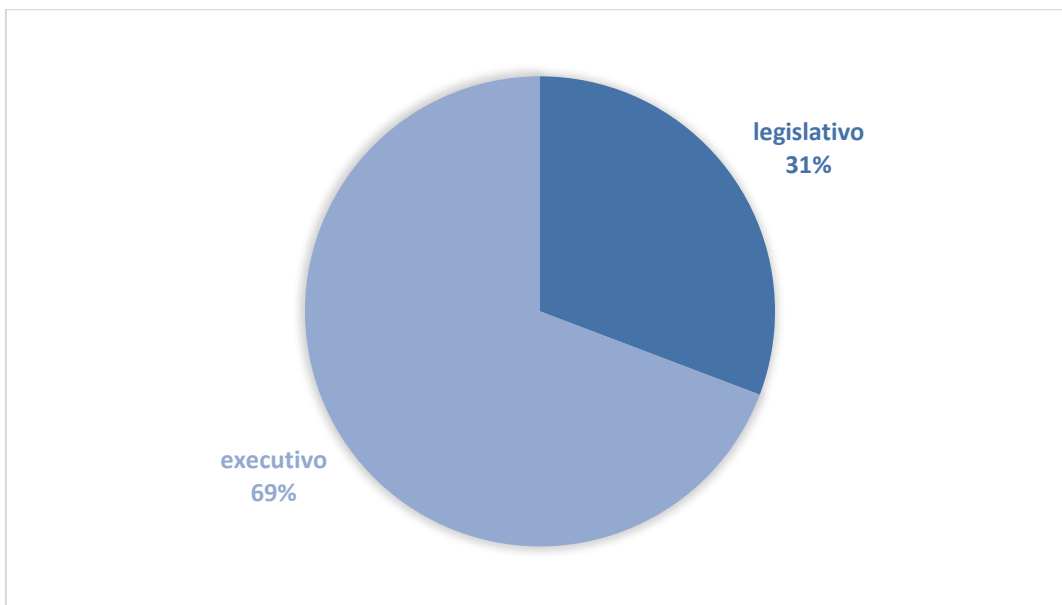
Fonte: elaboração própria.

Gráfico 11 – Porcentagem das normativas de álcool por ano de publicação, 2018.



Fonte: elaboração própria.

Gráfico 12 – Porcentagem das normativas de álcool por esfera de poder, 2018.



Fonte: elaboração própria.

Agrotóxicos

Os produtos fitossanitários são substâncias químicas ou agentes biológicos utilizados principalmente na agricultura para prevenir, controlar ou destruir insetos, microrganismos ou plantas consideradas nocivas e prejudiciais para o cultivo. São

conhecidos também por biocidas, praguicidas ou defensivos fitossanitários³⁴. A biblioteca de terminologias DeCS, utiliza a nomenclatura “agroquímicos” com conceituação similar.

A agricultura é uma das principais atividades comerciais do país, uma indústria de cerca de 2.6 milhões de dólares (2017), que ocupa 58% do território produtivo nacional (MGAP, 2018). O Uruguai, juntamente com o sul e centro-oeste do Brasil, Centro-norte argentino, Paraguai e leste da Bolívia compõem a região com a maior produção de cereais do mundo (trigo, soja, milho, sorgo e cevada), o segundo maior em produção de bovinos, o terceiro em produção de leite e o quarto em silvicultura. O crescimento produtivo na região foi resultado da revolução verde, movimento que inseriu insumos tecnológicos, defensivos agrícolas e fertilizantes para aumentar a produtividade e lucro do setor. Estas medidas consolidaram o agronegócio na América Latina, que possui a particularidade de atuar por meio de empresas *trans latinoamericanas* em territórios inter-regionais. A atuação destas empresas inclui a utilização de subsídios mercadológicos sociais como importante estratégia para a acumulação de capital (por exemplo: os investimentos no terceiro setor) (CERONI, 2018).

Foram encontradas 48 normativas relativas à regulação dos produtos fitossanitários no Uruguai publicadas no intervalo entre 1º de janeiro de 2005 e 22 de outubro de 2018. Diversas normativas são publicadas a nível departamental e contemplam pormenores relacionados à redução do risco de contaminação no processo de aplicação dos produtos, definição de áreas de proteção entre outros. Entretanto, são complementares e residuais às competências do governo central unitário e, portanto, não foram incluídas dentre as normativas mapeadas.

Não foi encontrada uma regulação abrangente a nível nacional que reúna as diretrizes de diferentes dimensões sobre a temática. A este respeito, as regulações incluídas no estudo em sua maioria estabelecem normas subdivididas em assuntos correlatos associados aos produtos (proibição de princípios ativos tóxicos, normas de manejo, diminuição de resíduos, registro e rotulagem, por exemplo). Compete à *Dirección General de Servicios Agrícolas* (DGSA) do *Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca* (MGAP) qualquer regulação, norma ou especificidade relacionada

³⁴ Definição dada para o termo produtos fitossanitários pelo decreto presidencial nº 264/004 de 03 de agosto de 2004.

à comercialização, importação, registro, licença, uso e controle de produtos fitossanitários.

Proibição/controle do uso

As normativas relacionadas a proibição dos produtos fitossanitários variam de acordo com a extensão do controle, que oscila entre registro, renovação, importação, formulação, comercialização, aplicação/utilização e renovação a depender do produto.

A primeira normativa identificada sobre o tema data de outubro de 2005 e proíbe todas as formas de uso em território nacional dos seguintes compostos: o aldrin, o dieldrin, o clordano, o endrin, o heptacloro, o hexaclorobenzeno, o mirex, o toxafeno e o DDT. Os primeiros 8 princípios ativos aparecem na lista de Poluentes Orgânicos Persistentes (POP) da Convenção de Estocolmo de um total de 15 que se recomenda a eliminação imediata. O DDT, por sua vez, é incluído na convenção como um POP com uso restrito com vistas à eliminação, embora no Uruguai tenha sido proibido nos mesmos ditames dos demais. Posteriormente, em 2011, o Decreto N° 68/011 proíbe, nas mesmas condições, os compostos Alfa-hexaclorociclohexano, Beta-hexaclorociclohexano e Clordecona, e o decreto nº 434/011, o endosulfan, quarteto também incluído na lista de POP's a serem eliminados. Os outros três componentes incluídos na convenção de Estocolmo (Lindano, Pentaclorobenzeno e Pentaclorofenol) não aparecem em outras normativas do país.

Além da influência das recomendações internacionais, alguns produtos fitossanitários apresentam proibições ou restrições derivadas de avaliação toxicológica do órgão nacional competente como o metidatião, azinfos metil e metomil, que tiveram a proibição recomendada pelo *Centro de Investigación y Asesoramiento Toxicológico* (CIAT) do país.

Diversas outras normativas proíbem integralmente ou parcialmente o uso de produtos fitossanitários com princípios ativos específicos. A relação da extensão da regulação de cada princípio encontra-se na tabela abaixo:

Tabela 1 – produtos presentes nas normativas de regulação

Princípio	Normativa	Data	Extensão da regulação	Órgão
Aldrin	Decreto N° 375/005	11/10/2005	Proibir introdução, produção e uso em todas	Presidência da república
Dieldrin				
Clordano				

Endrin			as formas em território nacional	
Heptacloro				
Hexaclorobenzeno				
Mirex				
Toxafeno				
DDT				
Metamidofós	Resolução MGAP (sem número)	17/10/2006	Proibir o registro, importação, formulação, marketing, aplicação e utilização para uso agrícola.	Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
	Decreto nº 482/009	28/10/2009	Compra permitida somente mediante receita profissional outorgada por um engenheiro agrônomo (categoria 1b – altamente tóxico).	Presidência da República
Endosulfan, formulada como Wetable Powder (WP) ou como Ultra Low Volume (UL) ou Suspensão de Volume Ultra Baixo (SU)	Resolução MGAP (sem número)	11/12/2007	Proibir o registro, renovação, importação, formulação, comercialização, aplicação / utilização*	Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
Fipronil	Resolução MGAP (sem número)	10/08/2009	Único princípio ativo que possui permissão para comercialização e uso para controle de formigas em formulação de isca granulada e uso de sementes de arroz.	Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
	Norma Nº 24/013	20/01/2014	Proibir o registro, renovação, comercialização e aplicação em cultivo de arroz.	Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
	Resolução MGAP (sem número)	15/07/2014	Proibir o registro, renovação, comercialização e aplicação para uso em formulação molhável e concentrado emulsionável.	Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
Aldicarbe [ISO]	Decreto nº 482/009	28/10/2009	Compra permitida somente mediante receita profissional outorgada por um engenheiro agrônomo (categoria 1a – extremamente tóxico).	Presidência da República
Brodifacoum [ISO]				
Bromadiolona [ISSO]				
Brometalina [ISO]				
Cianeto de Cálcio [C]				
Captafol [ISO]				
Cloretoxifos [ISO]				
Clormofos [ISO]				
Clorofacinona [ISO]				
Difenacoum [ISO]				
Difethialone [ISO]				
Diphacinona [ISO]				
Disulfoton [ISO]				
EPN				
Etoprophos [ISO]				
Hexaclorobenzeno [ISO]				
Cloreto de mercúrio [ISO]				

Flocoumafen			
Mevinphos [ISO]			
Paratião [ISO]			
Acetato de fenilmercúrio [ISO]			
Phorate [ISO]			
Fosfamida			
Fluoroacetato de sódio [C]			
Sulfotep [ISSO]			
Tebupirimfos [ISO *]			
Terbufos [ISO]			
Acroleína [C]			
Álcool Alílico [C]			
Azinfos-etil [ISO]			
Blasticidin-S			
Butocarboxim [ISO]			
Butoxycarboxim [ISO]			
Cadusafos [ISSO]			
Arseniato de cálcio [C]			
Clorfenvinfos [ISO]			
3-Cloro-1,2-propanodiol [C]			
Coumaphos [ISO]			
Coumatetralil [ISO]			
Ciflutrina [ISO]			
Beta-ciflutrina [ISO]			
Zeta-cipermetrina [ISO]			
Demeton-S-metil [ISO]			
Diclorvos [ISO]			
Dicrotofós [ISO]			
Dinoterb [ISO]			
DNOC [ISO]			
Edifenphos [ISO]			
Etiofencarbe [ISO]			
Famphur			
Fenamifos [ISO]			
Flucitrinato [ISO]			
Fluoroacetamida [C]			
Formetanato [ISO]			
Furatiocarbe			
Heptenofos [ISO]			
Isoxatião [ISO]			
Arseniato de chumbo [C]			
Mecarbam [ISO]			
Óxido de mercúrio [ISO]			
Metiocarbe [ISO]			
Monocrotophos [ISO]			
Nicotina [ISO]			
Omethoate [ISO]			
Oxamyl [ISSO]			
Oxidemetão-metilo [ISO]			
Paris verde [C]			
Pentaclorofenol [ISO]			
Propetamphos [ISO]			
Arsenito de sódio [C]			
Cianeto de sódio [C]			
Estricnina [C]			
Teflutrina			

Compra permitida somente mediante receita profissional outorgada por um engenheiro agrônomo (categoria 1b – altamente tóxico).

Sulfato de Tálzio [C]				
Thiofanox [ISO]				
Thiometon [ISO]				
Triazofos [ISO]				
Vamidotion [ISO]				
Varfarina [ISO]				
Fosfeto de zinco [C] ³⁵				
Endosulfan	Resolução MGAP (sem número)	21/01/2011	Compra permitida somente mediante receita profissional outorgada por um engenheiro agrônomo.	Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
	Decreto N° 434/011	19/12/2011	Proibir introdução, produção e uso em todas as formas em território nacional.	Presidência da república
Atrazina	Resolução MGAP (sem número)	21/01/2011	Compra permitida somente mediante receita profissional outorgada por um engenheiro agrônomo. Estabelecimento de dose máxima de uso (por hectare/por ano).	Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
	Norma N° 104/016	15/12/2016	Proibir a importação, registro e renovação destes produtos.	Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
	Norma N° 72/017	21/08/2017	Estabelece o dia 1° de março de 2018 como o prazo máximo par a compra destes produtos.	Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
Alfa-hexaclorociclohexano	Decreto N° 68/011	23/02/2011	Proibir introdução, produção e uso em todas as formas em território nacional.	Presidência da república
Beta-hexaclorociclohexano				
Clordecona				
Paratião-metil [ISO]	Decreto n° 482/009	28/10/2009	Compra permitida somente mediante receita profissional outorgada por um engenheiro agrônomo (categoria 1a – extremamente tóxico).	Presidência da República
	Norma N° 105/016	15/12/2016	Proibir a importação, registro e renovação destes produtos (formulados como suspensão encapsulada a uma concentração de 450 g/l).	Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
Metidatião [ISO]	Decreto n° 482/009	28/10/2009	Compra permitida somente mediante receita profissional outorgada por um engenheiro agrônomo (categoria 1b – altamente tóxico).	Presidência da República

³⁵ https://www.who.int/ipcs/publications/pesticides_hazard_2009.pdf?ua=1.

	Norma N° 106/016	15/12/2016	Proibir a importação, registro e renovação destes produtos.	Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
Azinfos-metil [ISO]	Decreto nº 482/009	28/10/2009	Compra permitida somente mediante receita profissional outorgada por um engenheiro agrônomo (categoria 1b – altamente tóxico).	Presidência da República
	Norma N° 107/016	15/12/2016	Proibir a importação, registro e renovação destes produtos.	Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
Metomil [ISO]	Decreto nº 482/009	28/10/2009	Compra permitida somente mediante receita profissional outorgada por um engenheiro agrônomo (categoria 1b – altamente tóxico).	Presidência da República
	Norma N° 108/016	15/12/2016	Proibir a importação, registro e renovação destes produtos.	Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
Carbofurano [ISO]	Decreto nº 482/009	28/10/2009	Compra permitida somente mediante receita profissional outorgada por um engenheiro agrônomo (categoria 1b – altamente tóxico).	Presidência da República
	Norma N° 111/016	15/12/2016	Proibir o registro, renovação, comercialização e aplicação destes produtos em cultivos de batata, tomate e pimenta.	Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca

*Há exceções.

O Decreto nº 482/009 define a obrigatoriedade de receita emitida por profissional qualificado para a compra dos produtos fitossanitários. Inicialmente incluem-se no decreto os produtos classificados como extremamente tóxico ou altamente tóxico (classificação 1a e 1b) pela Organização Mundial da Saúde. O decreto acima citado foi regulamentado por resolução do MGAP no ano seguinte e estabelece o uso de livro de registro das compras pelos estabelecimentos de venda dos produtos fitossanitários que deve estar disponível em caso de inspeções da

Dirección General de Servicios Agrícolas do MGAP. Posteriormente, foram incluídos a partir de outras normativas os produtos atrazina e endosulfan à mesma restrição.

Em 2018 a DGSA do MGAP define por meio da Norma N° 75/018 que se deve aprovar para todos os pesticidas que não tenham um limite máximo de resíduos (LMR) estabelecido na regulamentação nacional ou no CODEX ALIMENTARIUS, os LMRs ou as tolerâncias estabelecidas pela Comunidade Europeia e aqueles estabelecidos pela autoridade competente nos Estados Unidos da América.

Resolución MVOTMA S/N de 04 de março de 2015 proíbe a aplicação de agroquímicos diretamente nos leitos de rios e zonas de amortecimento estabelecidas

Avaliação e monitoramento

Decreto N° 315/011 – criação de um grupo de trabalho interministerial composto por representantes do MGAP, MVOTMA, MIEM, MTSS, MRE e MTOP para avaliação da normativa vigente até então de produtos fitossanitários e determinar estratégias de ação no que diz respeito a formulação, importação, exportação, armazenamento, transporte, registro, autorização, resíduos, mecanismos de controle e as diferentes etapas do processo de comercialização de produtos fitossanitários.

Manejo

O decreto 459/005, publicado um mês depois, estabelece a obrigatoriedade de fornecer equipamentos de segurança para a aplicação de produtos fitossanitários aos trabalhadores rurais de cana de açúcar, contribuindo para a proteção à saúde do trabalhador. Estabelece ainda a compensação financeira – aumento de 10% do salário para os que aplicam herbicidas e fertilizantes e 20% para os que aplicam inseticidas e fungicidas – pela exposição de alto risco para a saúde ocasionado pelo trabalho e tempo mínimo de 30 minutos para a limpeza de si e de seus equipamentos incluído no horário de trabalho.

O decreto nº 405/008 de 21 de agosto de 2008, define práticas inadequadas do manejo de solos e águas no contexto da normativa vigente. Inclui-se a aplicação de herbicidas em semeadura que utiliza águas naturais do terreno, fora da área própria do cultivo e em áreas limítrofes e fronteiras entre departamentos.

Proíbe-se ainda, por meio do decreto 321/009, que tem como objetivo geral aprovar a política nacional de segurança e saúde na agricultura, a utilização de

recipientes de produtos fitossanitários e veterinários para finalidade alheia ao que foram inicialmente fabricados e define normas de descarte dos mesmos.

A Norma S/N 19/01/2011 estabelece que toda empresa aplicadora de produtos fitossanitários de uso agrícola que prestam serviços a terceiros, devem registrar as aplicações diárias de produtos realizadas pela empresa por meio de formulário disponibilizado online pela DGSA/MGAP.

A Norma N° 19/010 define que as doses para cada combinação previstas nas resoluções com publicação de 4 de maio de 2007 a 12 de julho de 2007, refere-se a dose máxima.

Norma s/n de 20 de outubro de 2011 estabelece que toda empresa nacional de produtos fitossanitários deve realizar semestralmente a declaração de estoque dos materiais e produtos formulados ao órgão competente, bem como a saída deles. Os dados incluem o princípio ativo do produto, estoque, quantidade importada e exportada, matéria prima e demais dados de interesse para o devido controle de substâncias químicas comercializadas e produzidas para a agricultura.

Decreto nº 406/013 de 23 de dezembro de 2013 define como critério de qualidade da gordura do leite para a produção industrial de creme de leite, segundo regulamento do mercosul que não deve conter resíduos de pesticidas e metais tóxicos em quantidade superiores ao estabelecido no regulamento correspondente do mercosul.

Zonas de exclusão/Proteção de espaços/resíduos

Resolución MGAP S/N 04/03/2008 – proíbe a aplicação aérea de produtos fitossanitários a uma distância inferior a 30 metros de rios, córregos, lagos, lagoas ou represas. Para as aplicações realizadas com máquinas, a proibição cai para 10 metros das fontes de água naturais. Com relação a resíduos, a quantidade máxima permitida em amostras de água foi estabelecida em 2011 pela norma 90/011 em 0.50 microgramas por litro.

A resolução do MGAP S/N de 03 de abril de 2008 amplia a proibição para no mínimo 100 metros das fontes de água e proíbe a aplicação aérea a uma distância inferior a 500 metros de qualquer zona urbana ou centro povoado.

A resolução do MGAP S/N de 25 de novembro de 2008 proíbe a aplicação aérea de produtos fitossanitário a uma distância inferior a 50 metros de áreas

escolares, e a aplicação terrestre mecanizada a 30 metros, exortando-se a aplicação de produtos fora do horário escolar nas cercanias das escolas. Tal determinação deve ser incluída nos rótulos dos produtos pelas empresas. O limite foi ampliado para 500 metros para aplicações aéreas e 300 metros para aplicação mecanizada de centros educativos em março de 2011 por resolução do MGAP, podendo a DGSA alterar a distância em casos específicos mediante avaliação técnica.

Impostos

O Decreto nº 16/009 de 04 de fevereiro de 2009 define a obrigatoriedade das empresas prestadoras de serviços de aplicação aérea ou terrestre de produtos fitossanitárias de comprovar sua inscrição nos registros previstos. Ademais, o decreto define instrumentalização do registro a empresas que efetuem serviços de sementeira e fertilização destinada a agricultura, não previstos na legislação anterior.

O decreto nº 285/009, após sugestão do *Departamento de Alimentos y Otros* da *División Productos de Salud* do *Ministerio de Salud Pública*, estabelece como limite máximo de resíduos os presentes no *Codex Alimentarius* da FAO/OMS, alterando o Regulamento Bromatológico Nacional de 1994.

Rotulagem

O decreto nº 317/007 de 03 de setembro de 2007 institui a necessidade de rotulagem detalhada nos produtos fitossanitários produzidos em outros países enquanto o decreto nº 315/011 de 13 de setembro de 2011 cria um grupo interministerial formado por representantes dos ministérios do poder executivo com o objetivo de avaliar e definir orientações estratégicas para a fabricação, comercialização e uso de agrotóxicos.

A norma nº 75/018 da *Dirección General de Servicios Agrícolas* (DGSA) aprova em 12 de junho de 2018 que todos os agroquímicos que não possuam limites máximos de resíduos estabelecidos na lei nacional, deve ser adotado o limite estabelecido pelo regulamento da União Europeia e pelos órgãos competentes dos Estados Unidos.

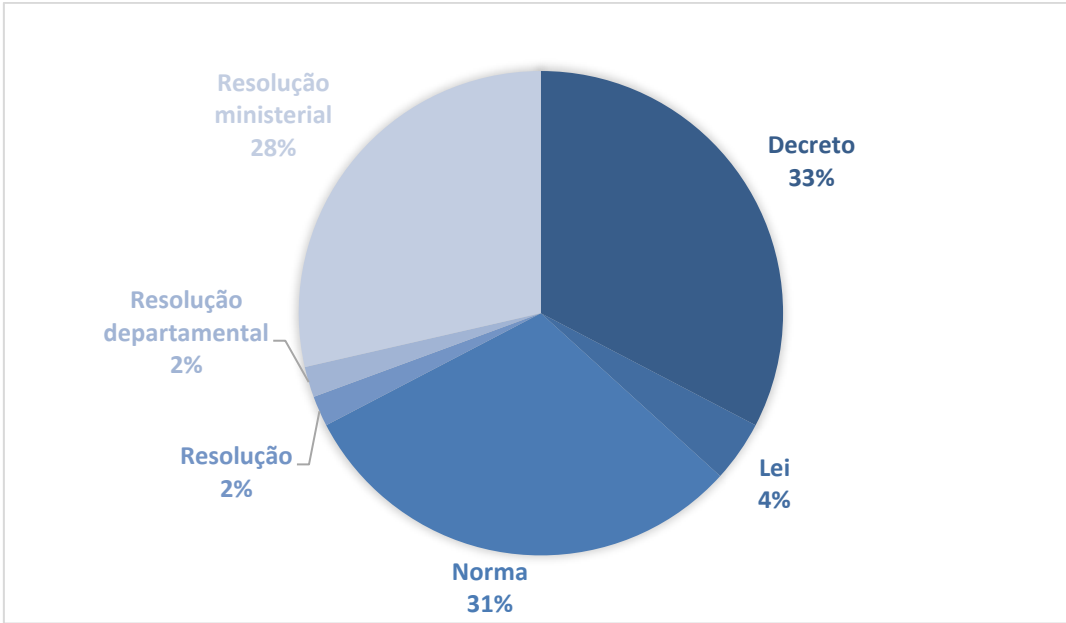
De forma geral as normativas concentram-se nos Departamentos, com normativas sobre normas de aplicação, cooperação com outros órgãos ou empresas para garantir a boa qualidade dos alimentos produzidos e proteção de áreas escolares e zonas residenciais de possíveis contaminações do ar e da água; no *Ministerio de*

Ganadería, Agricultura y Pesca (MGAP), que contempla normativas sobre aplicação, estabelece a obrigatoriedade da definição de um sistema de controle da comercialização e registro dos produtos utilizados por um órgão competente, proíbe a aplicação de produtos fitossanitários nos arredores de escolas e define limites máximos de resíduos de agroquímicos na água; e no poder executivo, que emite decretos relativos a definição do que são práticas inadequadas de manejo de agroquímicos, define meios de proteção ao meio ambiente contra contaminações, define limites máximos de resíduos no regulamento bromatológico nacional, define a obrigatoriedade de um profissional engenheiro agrônomo para a compra de produtos fitossanitários pertencentes às categorias 1a e 1b da OMS, define a obrigatoriedade de transparência na quantidade de resíduos e obrigatoriedade destes produtos em ervas medicinais e fitoterápicos não podem ter produtos proibidos pela convenção de Estocolmo; a lei mais expressiva apresenta a obrigatoriedade de um profissional qualificado para realizar os diagnósticos em caso de necessidade do uso de fitossanitários.

Ao mesmo tempo, a dirección general impositiva do ministerio de economía y finanzas aprova em 2018 a isenção do imposto ao valor agregado para injetores de pesticidas e adubos acopláveis.

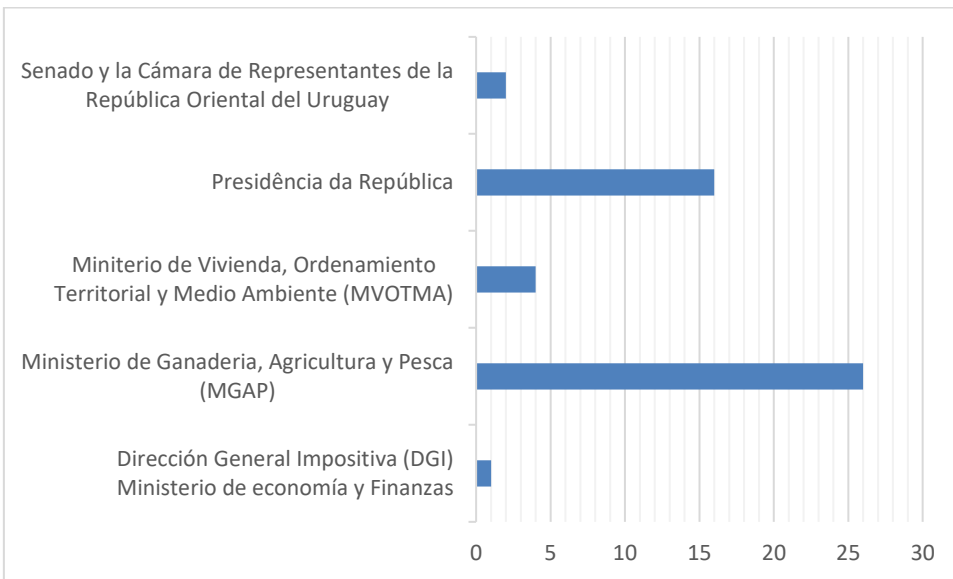
O Uruguai possui a *Unidad Alimentaria de Montevideo* (UAM), iniciativa instituída pela lei nº 18.832 de 28 de outubro de 2011 que é uma unidade de direito público não estatal que tem como objetivo facilitar e desenvolver o comércio e distribuição de alimentos a nível nacional e departamental. Entre suas atividades a principal e mais expressiva é o desenvolvimento e manutenção do *Parque Agroalimentario de Montevideo* (PA) que visa tornar-se um mercado modelo de frutas e hortaliças realizando procedimentos-padrão avançados de processamento e manejo de alimentos naturais de qualidade e, conseqüentemente, diminuir perdas e potencializar os lucros. Os alimentos comercializados no PA são de baixo custo a fim de aumentar o acesso de toda a população uruguaia a alimentos saudáveis.

Gráfico 13 – Porcentagem das normativas de agrotóxicos por tipo de regulação, 2018.



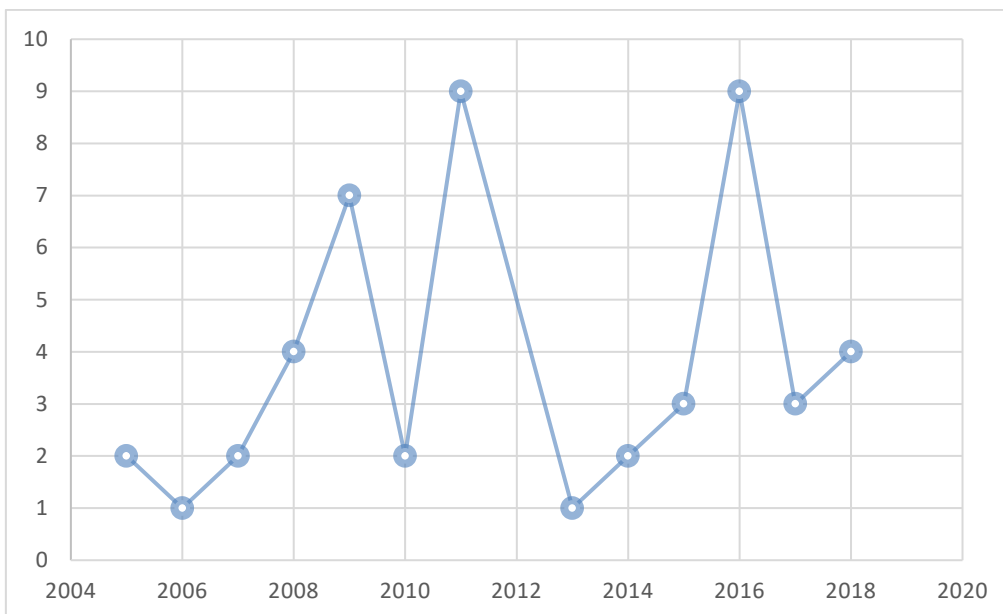
Fonte: elaboração própria.

Gráfico 14 – Porcentagem das normativas de agrotóxicos por órgão expedidor, 2018.



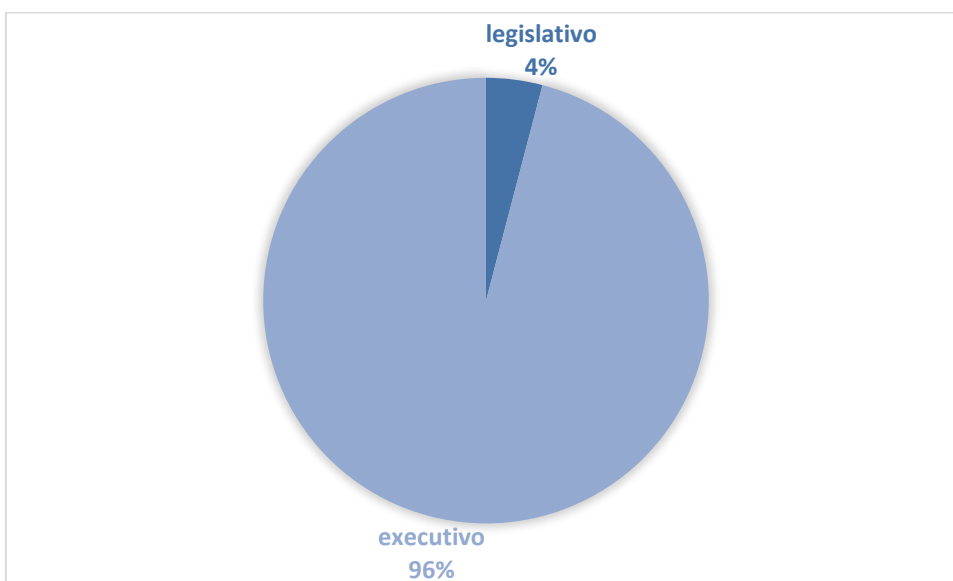
Fonte: elaboração própria.

Gráfico 15 – Porcentagem das normativas de agrotóxicos por ano de publicação, 2018.



Fonte: elaboração própria.

Gráfico 16 – Porcentagem das normativas de agrotóxicos por esfera de poder, 2018.



Fonte: elaboração própria.

Referências

ABASCAL, Winston et al. Impacto de las políticas de control de tabaco en el Uruguay. 2006-2009: Programa Nacional para Control del Tabaco. Arch. Med Int, Montevideo, v. 35, supl. 4, p. 1-16, 2013. Disponível em <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2013000400001&lng=es&nrm=iso>. acessado em 04 jun. 2019.

ALMEIDA, Luíza Helena Salviano dos Santos. O papel do Estado no Uruguai contemporâneo: políticas públicas e bem-estar social (2005-2009). 2011. 139 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Instituto de Ciências Sociais, Centro de Estudos Comparados sobre as Américas, Universidade de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/8645/1/2011_Lu%C3%ADzaHelenaSalvianodosSantosMontesAlmeida.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2018.

ANDERSON, Peter; CHISHOLM, Dan; FUHR, Daniela C. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. The Lancet, vol. 373, 2234-2246, 2009. Disponível em: <https://ac.els-cdn.com/S0140673609607443/1-s2.0-S0140673609607443-main.pdf?_tid=494e42b2-2bc4-471f-9e05-0615cd6dd010&acdnat=1550067054_101a24139529316b3a5998b7b57b97b3>. Acesso em: 13 fev. 2019.

ARAN, Daniel et al. Sistema de salud de Uruguay. **Salud pública Méx**, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, p. s265-s274, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800021&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2018.

BAKER, Phillip; KAY, Adrian; WALLS, Helen. Trade and investment liberalization and Asia's noncommunicable disease epidemic: a synthesis of data and existing literature. Globalization and Health, v. 10, n. 66, 2014. Disponível em: <<https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-014-0066-8>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

BUÑO, Ricardo Rodríguez. Políticas públicas de salud en Uruguay (2004-2014): Resultados, ejes de discusión y desafíos a corto y mediano plazo. Serie: Políticas en debate. Observatorio Uruguay de Políticas públicas. Dirección de Gestión y Evaluación. Oficina de Planeamiento y Presupuesto. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Montevideo, 2014. 82p.

CERONI, Mauricio. Rasgos centrales del agronegocio en Latinoamérica: la experiencia en Uruguay. Perf. latinoam., México, v. 26, n. 52, dez. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532018000200002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 14 março 2019.

COLLIN, Jeff; LEE, Kelley; BISSELL, Karen. The framework convention on tobacco control: the politics of globalhealth governance. Third World Quarterly, v. 23, n. 2, p. 265-282, 2002.

CROSBIE, Eric et al. Defending strong tobacco packaging and labelling regulations in Uruguay: transnational tobacco control network versus Philip Morris International. **Tobacco Control**, v. 27, n. 2, p. 185-194, 2018. Disponível em: <doi:10.1136/tobaccocontrol-2017-053690>. Acesso em: 12 nov. 2018.

CURTI, Dardo; SHANG, Ce; CHALOUPKA, Frank J; FONG, Geoffrey T. Tobacco taxation, illegal cigarette supply and geography: findings from the ITC Uruguay Surveys. **Tobacco Control**, v. 28, n. 1, p. s53-s60, 2019.

ESSER, Marissa B; JERNIGAN, David H. Policy approaches for regulating alcohol marketing in a global context: A public health perspective. *Annual Review of Public Health*, v. 39, p. 385-401, 2018. Disponível em: <<https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-publhealth-040617-014711>>. Acesso em: 26 dez. 2018.

FAO. Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional: Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición. América Latina y el Caribe. 2017.

HARRIS, Jeffrey et al. Impact of plain packaging of cigarettes on the risk perception of Uruguayan smokers: an experimental study. **Tobacco Control**, v. 27, n. 5, p. 513-518, 2017. Disponível em: <<https://tobaccocontrol.bmj.com/content/27/5/513>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Secretaria Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco; Coordenação de elaboração Tânia Maria Cavalcante. – 1ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Inca, 2012.

INE. Instituto Nacional de Estadística. Anuário Estadístico 2017. Montevideo, Uruguay, 2017.

ISAGS. Instituto Suramericano de Gobierno em Salud. Sistema de Salud en Uruguay. In: ISAGS; GIOVANELLA, Lígia et al (orgs.). **Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidade, la integralidad y la equidade**. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012. Cap. 12, p. 727-775.

ISAGS. Sistema de Saúde do Uruguai. Disponível em: <<http://isags-unasur.org/sistema-de-salud-del-uruguay/>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

LENCHUCA, Raphael. Philip Morris versus Uruguay: health governance challenged. **The Lancet**, v. 376, n. 9744, p. 852-53, 2010. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61256-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61256-1/fulltext)>. Acesso em: 09 nov. 2018.

LEVCOVITZ, Eduardo et al. **Perfil del sistema de salud: Monitoreo y análisis de los procesos de cambio**. Montevideo: OPS, 2016.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia et al (org). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2ª edição rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Cap. 3, p. 89-120.

MACHADO, Priscila Pereira et al. O indigesto sistema do alimento mercadoria. Saúde & Sociedade, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 505-515, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00505.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2018.

MSP. Ministerio de Salud Pública. **Memoria Anual**, 2017.

MSP. Ministerio de Salud pública. Programa de Prevención de Enfermedades no Transmisibles. 2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles. 2014.

MITCHELL, Andrew D; CASBEN, Jessica. Trade law and alcohol regulation: what role for a global Alcohol Marketing Code?. Addiction, v. 112, issue S1, p. 109-116, 2016. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/add.13606>>. Acesso em: 26 dez. 2018.

MITJAVILA, Myriam. Propuestas de reforma em salud y equidade em Uruguay: ¿redefinición del Welfare State? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1103-1120, 2002.

MONTEIRO, Carlos Augusto; LOUZADA, Maria Laura da Costa. Ultraprocesamento de alimentos e doenças crônicas não transmissíveis: implicações para políticas públicas. In: NOGUEIRA, Roberto Passos et al (org). **Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas**. Brasília, DF: UnB/ObservaRH/Nesp – Fiocruz/Nethis, 2015. Cap. 7, p. 165-182.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. NOVA: A estrela brilha. [Classificação dos alimentos. Saúde Pública] **World Nutrition**, v. 7, n. 1-3, p. 28-40, 2016.

MOODIE, Crawford et al. Plain Tobacco Packaging: A Systematic Review. UK Centre for Tobacco Control. Public Health Research Consortium, 2012. Disponível em: <http://phrc.lshtm.ac.uk/papers/PHRC_006_Final_Report.pdf>.

ONU. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos.

OPAS. Organização Panamericana da Saúde. Indicadores básicos: Situación de Salud en las Américas. 2006. Disponível em: <https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=indicadores-basicos&alias=115-in-06&Itemid=307>. Acesso em: 13 fev. 2019.

_____. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta nacional de Tabaquismo en Adultos (GATS). Fact sheet. Uruguay 2009. Disponível em: <https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=tabaco&alias=43-encuesta-gats&Itemid=307>.

_____. Organização Panamericana da Saúde. Indicadores básicos: Situación de Salud en las Américas. 2012. Disponível em: <https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=indicadores-basicos&alias=371-indicadores-basicos-2012&Itemid=307>. Acesso em: 13 fev. 2019.

_____. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta nacional de Tabaquismo en Adultos (GATS). Fact sheet. Uruguay 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=576-uru-gats-2017-core-factsheet&category_slug=publications&Itemid=307>.

_____^a. Organização Panamericana da Saúde. Indicadores básicos: Situación de Salud en las Américas. 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49511/IndicadoresBasicos2018_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 12 fev. 2019.

_____. Pan American Health Organization (PAHO). Report on Tobacco Control in the Region of the Americas. Washington, D.C.: PAHO, 2018.

_____. OUD. Observatorio Uruguayo de Drogas. Junta Nacional de Drogas. Presidencia de la república de Uruguay. VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas, 2016: Informe de investigación. 2016. Disponível em: <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/201609_VI_encuesta_hogares_OUD_ultima_rev.pdf>.

_____. REHM, J et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, v. 373, issue 9682, p. 2223-2233, 2009. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673609607467?via%3Dihub>>. Acesso em: 17 dez. 2018.

_____. RUSSEL, Andrew et al. A Chilling Example? Uruguay, Philip Morris International, and WHO's Framework Convention on Tobacco Control. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 29, n. 2, p. 256-277, 2014. Disponível em: <<https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/maq.12141>>. Acesso em: 08 nov. 2018.

_____. SAVELL, Emily; FOOKS, Gary; GILMORE, Anna B. How does the alcohol industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review. **Addiction**, v. 111, issue 1, p. 18-32, 2016. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/add.13048>>. Acesso em: 26 dez. 2018.

SAVELL, Emily; GILMORE, Anna B; FOOKS, Gary. How does the tobacco industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review. **PLOS One**, v. 9, issue 2, 2014. Disponível em: < <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087389>>. Acesso em: 26 dez. 2018.

STUCKLER, David et al. Manufacturing Epidemics: The Role of Global Producers in Increased Consumption of Unhealthy Commodities Including Processed Foods, Alcohol, and Tobacco. **PLOS medicine**, v. 9, n. 6, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001235>

TRIUNFO, Patricia; HARRIS, Jeffrey; BALSÁ, Ana. Evaluation of Uruguay's antismoking campaign: progress and challenges after ten years. **Rev Panam Salud Publica**, v. 40, n. 4, p. 256–62, 2016. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31308/v40n4a11-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>>.

URUGUAY. Centro de Cooperación Internacional de Control de Tabaco. Ministério de Salud Pública. Normativa sobre Control de Tabaco en Uruguay. Compilación a cargo de Dra. Esc. Silvina Echarte Acevedo y Proc. Daniel González Santos. 1ª Edición. Uruguay, 2015. 290p.

_____. **Constitución** (1967). Constitución de la República Oriental del Uruguay. Montevideo, 1967.

_____. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Área Programática de Nutrición. Guía alimentaria para la Población Uruguaya. 2016.

VILLADEMOROS, Fernando Rovira. Entrevista concedida ao Observatório sobre Regulação Internacional de Fatores de Risco Associados a Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde – Nethis/Fiocruz. São Paulo, 23 jul. 2018.

WHO. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases, 2014.

_____. Organização Mundial da Saúde, Gabinete do Diretor Geral. Finlândia: Helsinque; 2013. O Diretor Geral da OMS discursa na conferência de promoção da saúde: discurso de abertura na 8ª conferência global sobre promoção da saúde. Disponível em: <http://www.who.int/dg/speeches/2013/health_promotion_20130610/en/>. Acesso em 30 out. 2018.

KICKBUSCH, Ilona; SZABO, Martina Marianna Cassar. A new governance space for health. **Global Health Action**, Taylor & Francis, v. 7, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3925805/>>. Acesso em: 08 nov. 2018.