



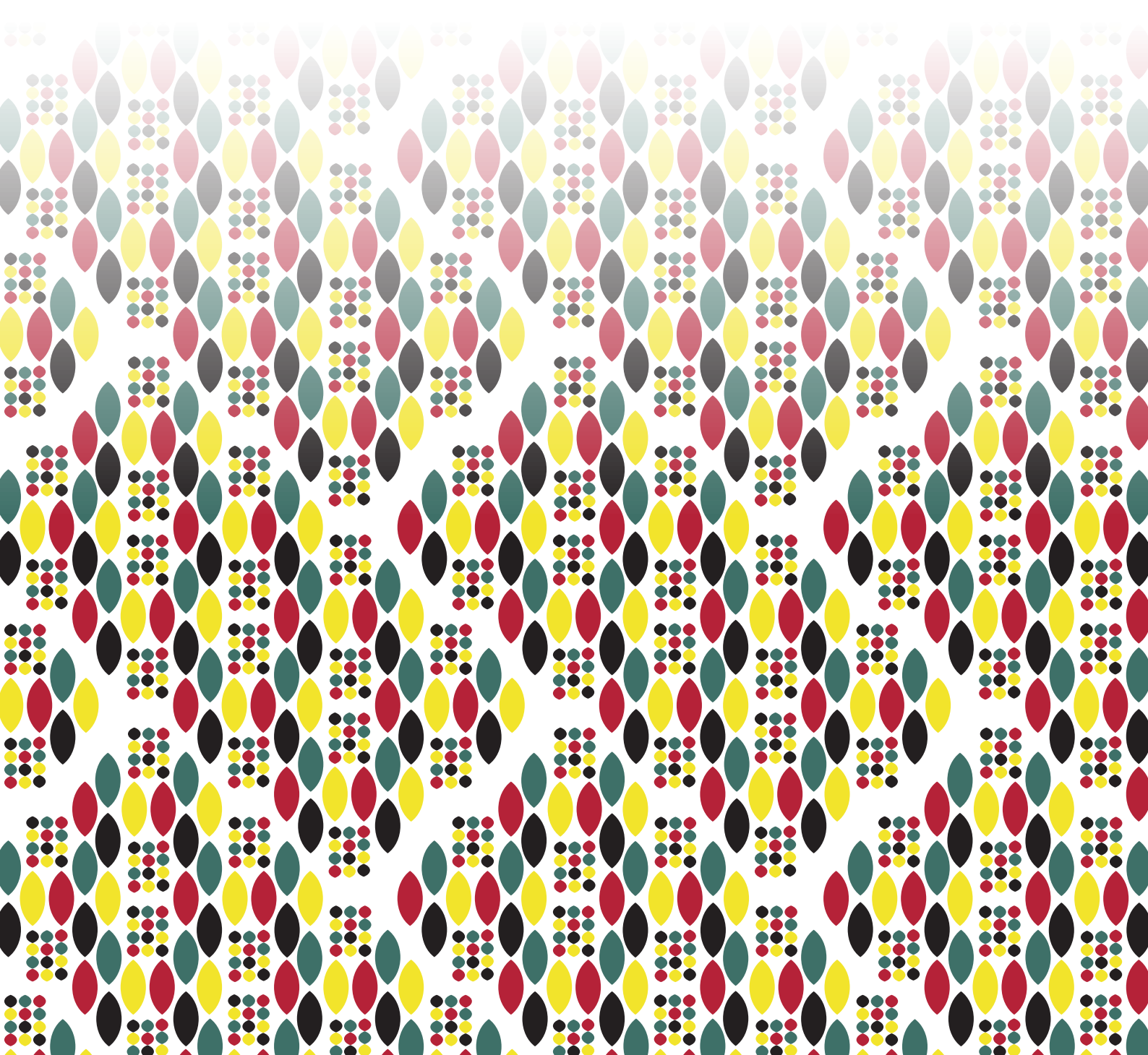
REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Nosso Maior Valor é a Vida



Caso de Investimento para o Controlo do Tabaco em

MOÇAMBIQUE



© Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2024.

Alguns direitos reservados. Este trabalho está disponível sob a licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Ao abrigo dos termos desta licença, pode copiar, redistribuir e adaptar a obra para fins não comerciais, desde que a obra seja devidamente citada, como indicado abaixo. Em qualquer utilização desta obra, não deve haver qualquer indicação de que o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) apoia qualquer organização, produtos ou serviços específicos. Não é permitida a utilização do logótipo do PNUD. Se adaptar a obra, deve licenciá-la ao abrigo da mesma licença Creative Commons ou de uma licença equivalente. Se criar uma tradução desta obra, deve acrescentar a seguinte declaração de isenção de responsabilidade, juntamente com a citação sugerida: “Esta tradução não foi criada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O PNUD não é responsável pelo conteúdo ou pela exatidão desta tradução. A edição original em Inglês será a vinculativa e autêntica”.

Qualquer mediação relativa a litígios decorrentes da licença deve ser efectuada em conformidade com as regras de mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Citação sugerida. PNUD. Caso de Investimento para o Controlo do Tabaco em Moçambique. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2024. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Publicações. As publicações do PNUD estão disponíveis em <https://www.undp.org/publications>. Materiais de terceiros. Se o utilizador pretender reutilizar o material desta obra que seja atribuído a terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, é da sua responsabilidade determinar se é necessária autorização para essa reutilização e obter autorização do detentor dos direitos de autor. O risco de reclamações resultantes da violação de qualquer componente da obra pertencente a terceiros é da exclusiva responsabilidade do utilizador.

Avisos gerais. As designações utilizadas e a apresentação do material nesta publicação não implicam a expressão de qualquer opinião por parte do PNUD relativamente ao estatuto jurídico de qualquer País, território, cidade ou área ou das suas autoridades, ou relativamente à delimitação das suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas nos mapas representam linhas fronteiriças aproximadas relativamente às quais poderá não existir ainda um total acordo.

A menção de empresas específicas ou de produtos de determinados fabricantes não implica que estes sejam apoiados ou recomendados pelo PNUD em detrimento de outros de natureza semelhante que não sejam mencionados. Exceptuando erros e omissões, os nomes dos produtos patenteados são distinguidos por letras maiúsculas iniciais.

Foram tomadas todas as precauções razoáveis pelo PNUD para verificar as informações contidas nesta publicação. No entanto, o material publicado está a ser distribuído sem qualquer tipo de garantia, expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização do material é do leitor. Em caso algum o PNUD poderá ser responsabilizado por danos resultantes da sua utilização.



Os argumentos a favor do investimento na implementação da CQCT em Moçambique



9.300 morrem todos

os anos devido a doenças relacionadas com o tabaco, sendo responsáveis por

3,5% de todas as mortes no país.

O tabaco custa a Moçambique

MZN 11,7 biliões

todos os anos, equivalente a

1,3% do PIB

em 2019.



Investir agora em sete medidas comprovadas de controlo do tabaco evitará

53.400 mortes,

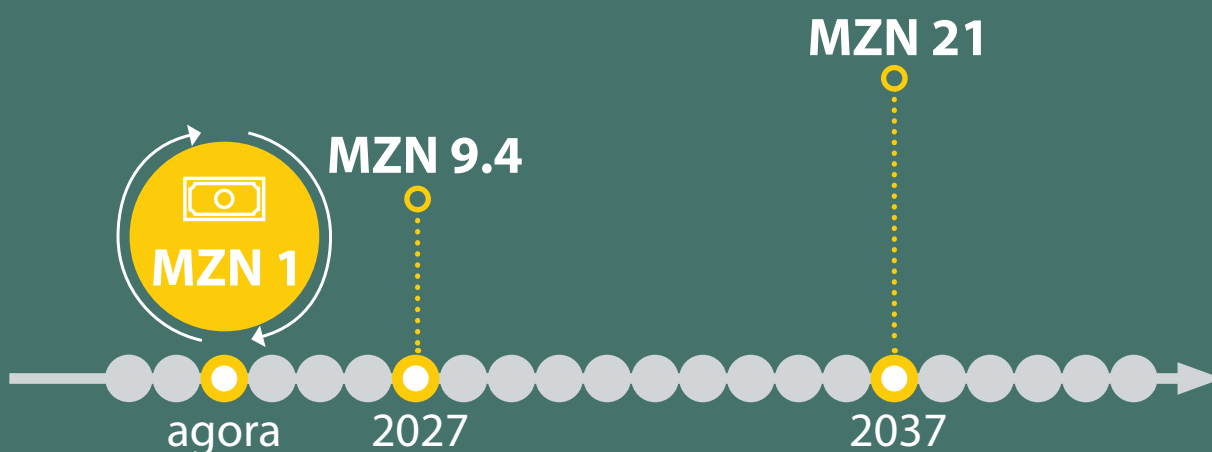
assim como

MZN 45 biliões

em custos de saúde e perdas económicas até 2037.



Por cada **Metical** investido hoje nas sete medidas de controlo do tabaco, Moçambique evitará **9,4 MZN** em perdas económicas até 2027 e **21 MZN** até 2037.



Agradecimentos

Este relatório foi concluído por meio de esforços conjuntos do Ministério da Saúde de Moçambique, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, do Secretariado da Convenção Quadro para o Controlo de Tabaco da OMS, da Organização Mundial da Saúde.

Colaboradores incluem Joaquim Matavel e Cristina Perez do Ministério da Saúde; Salmina Merique, Piklu Saha, Camilla Malakasuka, Bernardo Menescal Ferreira da Silva, Dudley Tarlton, Roy Small, Daniel Grafton, Roman Chestnov e Luis D'Souza do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); Adriana Blanco Marquizo, Andrew Black, Carmen Audera Lopez, Tih Ntiabang e Trinette Lee do Secretariado da CQCT da OMS; e Raquel Mahoque, Georgina Bonet Arroyo e Nivo Ramanandrabie da OMS. A modelagem económica foi realizada por Brian Hutchinson e Garrison Spencer. Zsuzsanna Schreck concluiu o design gráfico e o layout do relatório.

Índice

1. Sumário executivo	1
2. Introdução	6
3. Controlo do tabaco em Moçambique: estatuto e contexto	9
3.1 Prevalência do uso do tabaco, normas sociais e sensibilização	9
3.2 Situação das medidas de redução da procura no domínio do controlo do tabaco no âmbito da CQCT da OMS.....	10
3.3 O uso do tabaco e a pandemia da COVID-19.....	15
3.4 Legislação, Estratégia e Coordenação Nacionais de Controlo do Tabaco	15
3.4 Capacidade do Sistema de Saúde.....	16
3.6 Presença e interferência da indústria do tabaco na formulação de políticas	17
3.7 Comércio ilícito de produtos do tabaco	18
4. Metodologia	19
5. Resultados	21
5.1 O peso actual do consumo de tabaco: custos de saúde e económicos	21
5.2 Implementação de medidas políticas que reduzam o peso do consumo de tabaco	25
5.3 Benefícios para a saúde – vidas salvas.....	26
5.4 Benefícios económicos – custos evitados	26
5.5 O retorno do investimento	29
6. Exame de impactos adicionais: As receitas governamentais e os ODS	31
6.1 Análise da equidade: benefícios para as populações com baixos rendimentos decorrentes do aumento dos impostos sobre os cigarros.....	31
6.2 Os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável e a CQCT da OMS	34
7. Conclusão e recomendações	35
Metodologia - anexo	43
A1.1 Visão geral.....	43
A1.2 Componente um: peso actual	44
A1.3 Componente dois: cenários de política/intervenção.....	46
A1.4 Análise de equidade	52
Referências	53

Este caso de investimento para o controlo do tabaco realça os enormes custos do tabaco em Moçambique e o conjunto de acções políticas recomendadas que proporcionarão benefícios económicos e de saúde pública substanciais ao País. A implementação de políticas eficazes de controlo do tabaco da Convenção-Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco pode desempenhar um papel importante no reforço do desenvolvimento sustentável em Moçambique.

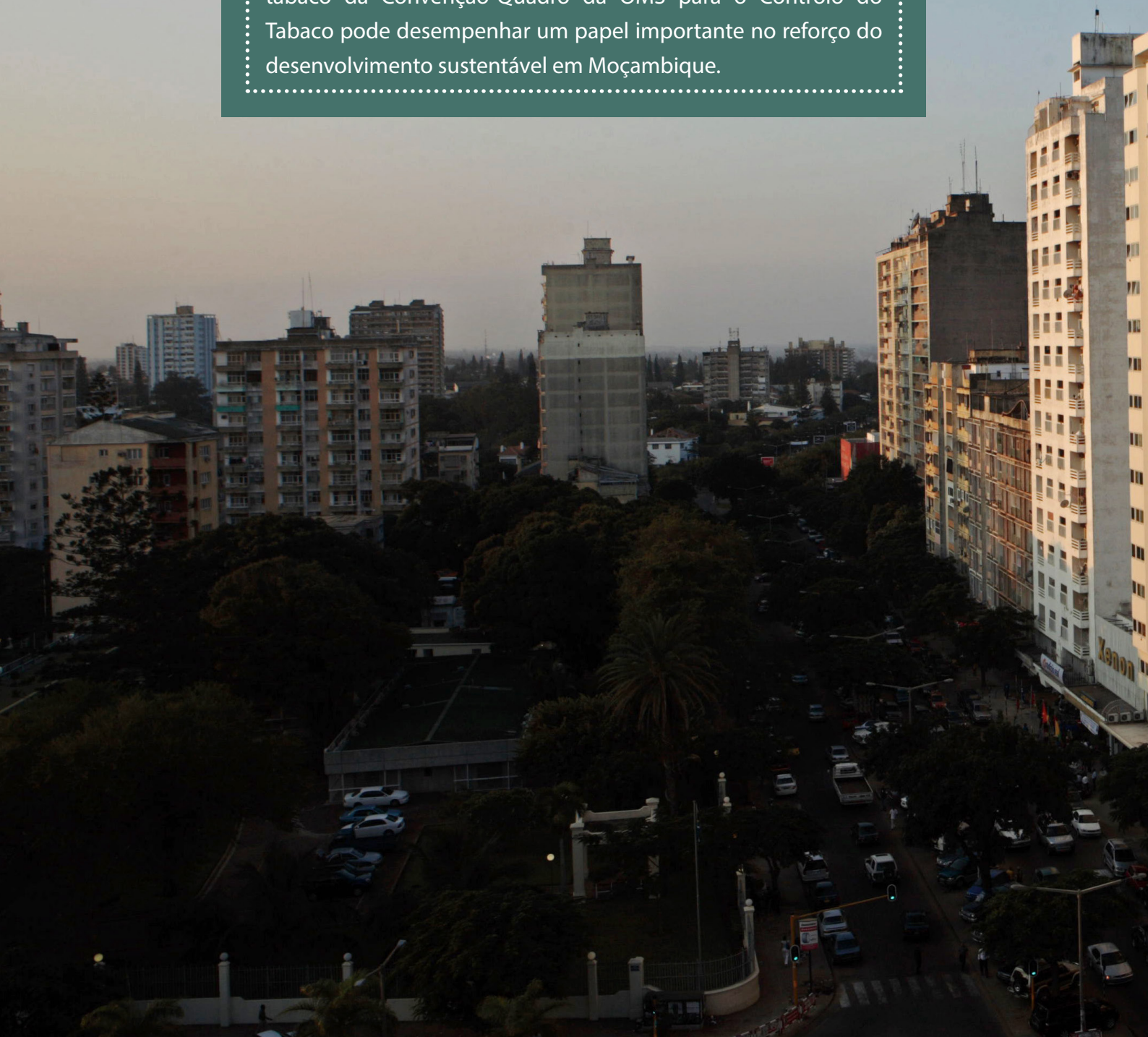


Photo: © World Bank via Flickr



1. Sumário executivo

Visão geral

O tabaco é uma questão de saúde e de desenvolvimento sustentável. O consumo e a produção do tabaco causa mortes e doenças precoces, resulta em elevados custos de saúde e perdas económicas, aumenta as desigualdades socioeconómicas, e impede o progresso através dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Este relatório apresenta as conclusões do caso de investimento no controlo do tabaco em Moçambique, uma prioridade declarada do Governo de Moçambique. Em conformidade com a [Estratégia Global para Acelerar o Controlo do Tabaco, da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde \(OMS\) para o Controlo do Tabaco \(CQCT\)](#), o relatório mede os custos e benefícios – em termos de saúde e económicos – da implementação de sete medidas prioritárias de controlo do tabaco. As sete medidas são: 1) Aumentar a tributação dos cigarros para reduzir a acessibilidade económica dos produtos do tabaco (*Artigo 6 da CQCT da OMS*), 2) Implementar proibições de fumar em locais públicos para proteger as pessoas do fumo do tabaco (*Artigo 8 da CQCT da OMS*), 3) Implementar advertências gráficas rotativas de saúde que cobrem 50% das embalagens (*Artigo 11 da CQCT da OMS*), 4) Implementar embalagens simples (*Directrizes da CQCT da OMS Artigo 11 e Artigo 13*), 5) Instituir campanhas nos meios de comunicação social contra o tabagismo (*Artigo 12 da CQCT da OMS*), 6) Decretar e impor uma proibição abrangente de todas as formas de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco (*Artigo 13 da CQCT da OMS*), e 7) Aumentar o aconselhamento breve para deixar de fumar aos utilizadores de tabaco em centros de saúde de cuidados primários (*Artigo 14 da CQCT da OMS*).

Principais constatações

Em 2019, o consumo de tabaco resultou em 11,7 biliões de Meticais em perdas económicas. Estas perdas são equivalentes a 1,3% do PIB de Moçambique, Estes incluem a) 931 milhões de MZN em despesas de saúde, e b) quase 10,8 mil milhões de MZN em perdas indirectas devido à mortalidade e a doenças atribuíveis ao tabaco, e à redução da produtividade no local de trabalho devido ao absentismo e ao presenteísmo. As perdas económicas indirectas do actual consumo de tabaco As perdas económicas indirectas do actual consumo de tabaco em Moçambique - 92 por cento de todos os custos relacionados com o tabaco - indicam que o consumo de tabaco impede o desenvolvimento em Moçambique para além da saúde. É necessário um envolvimento multisectorial para um controlo eficaz do tabaco, com outros sectores a beneficiarem substancialmente da implementação de medidas de controlo do tabaco que criam comunidades mais saudáveis e uma força de trabalho mais produtiva.

Todos os anos, o consumo de tabaco mata mais de 9.300 moçambicanos. 73 por cento dessas mortes ocorrem entre indivíduos menores de 70 anos (ou seja, morte prematura). Quatorze por cento das vidas perdidas pelo uso do tabaco são devido à exposição ao fumo passivo.

Ao agir agora, o Governo de Moçambique pode reduzir o peso nacional do consumo de tabaco. Os resultados de casos de investimento demonstram que a promulgação e aplicação de sete medidas comprovadas de controlo do tabaco pela CQCT da OMS, durante os próximos 15 anos:

Evita perdas económicas no valor de 45 biliões de Meticais. Desse total, 41 biliões de Meticais são atribuíveis a perdas económicas indirectas devido à mortalidade prematura a problemas de saúde. As medidas de controlo do tabaco estimulam o crescimento económico, assegurando que menos pessoas 1) morram prematuramente devido a doenças atribuíveis ao tabaco, 2) falem dias de trabalho devido à incapacidade ou doença, e 3) trabalhar com uma capacidade reduzida devido a pausas para fumar ou problemas de saúde relacionados com o tabaco.

Garante 3,5 mil milhões de MZN em poupanças através da prevenção de despesas de saúde atribuíveis ao tabaco. Deste montante, o Governo pouparia 2,1 mil milhões de MZN em despesas de saúde, os cidadãos poupariam 0,3 mil milhões de MZN em despesas de saúde directas e 1,1 mil milhões de meticais seriam poupados noutras fontes de despesas de saúde.

Salva 53.400 vidas e reduzir a incidência de doenças. Mais de 20.000 vidas salvas seriam evitadas só por causa das mortes por tuberculose atribuíveis ao tabaco. As acções políticas recomendadas pela CQCT da OMS também contribuem para os esforços de Moçambique para alcançar a Meta 3.4 dos ODS para reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis (DNTs) até 2030.

Proporcionam benefícios económicos (MZN 45 mil milhões) que ultrapassam significativamente os custos de implementação das sete acções políticas da CQCT da OMS (MZN 2,1 mil milhões). O aumento dos impostos sobre os cigarros tem o maior retorno sobre o investimento (146:1), seguido pela promulgação e aplicação de proibições à publicidade, promoção e controlo do tabaco (122:1), implementação de rótulos de advertência gráfica para a saúde (70:1), sensibilização do público para questões de controlo do tabaco (38:1), aplicação de proibições de fumar em locais públicos (33:1), implementação de embalagens simples de produtos de tabaco (24:1), e cessação através do aumento dos conselhos breves para deixar de fumar aos utilizadores de tabaco em centros de cuidados primários. Embora o Retorno sobre o Investimento para a intervenção “conselhos breves para deixar de fumar” seja inferior ao de outras acções políticas da CQCT da OMS, a intervenção estabelece uma base sólida para futuras infra-estruturas de cessação. Esta infra-estrutura - por exemplo, o aumento do acesso e a acessibilidade dos preços da terapia de substituição da nicotina - pode ser implementada mais tarde e amplificará o impacto dos serviços de cessação existentes. Prestar assistência àqueles que gostariam de deixar de fumar, mas não o conseguem fazer por si próprios, é um serviço importante, especialmente tendo em conta que a aplicação de outras medidas políticas de redução da procura proporcionará um ambiente propício e motivará mais utilizadores de tabaco a deixarem de fumar. Uma vez que a tuberculose é a principal causa de mortes atribuíveis ao tabaco em Moçambique, pode haver oportunidades de aumentar a eficiência e oportunidades para integrar a cessação tabágica na infra-estrutura existente para as doenças infecciosas, em conformidade com as directrizes disponíveis [1].

Recomendações

Este relatório recomenda medidas accionáveis, para além das disposições modelares da CQCT da OMS, que o Governo de Moçambique pode tomar para reforçar uma abordagem governamental ao tabaco e às suas consequências para o desenvolvimento. Através do Projecto CQCT 2030, o Secretariado da CQCT, o PNUD e a OMS estão prontos para apoiar o Governo de Moçambique a reduzir os encargos sociais, económicos e ambientais que o tabaco continua a colocar no seu país.

- 1** Comprometer-se a implementar plenamente a CQCT da OMS em Moçambique.
- 2** Fortalecer as estruturas tributárias do tabaco e aumentar as alíquotas (Artigo 6 da CQCT da OMS).
- 3** Agir para fortalecer, implementar e fazer cumprir as outras seis principais acções políticas da CQCT da OMS modeladas neste investimento:
 - Criar locais públicos e locais de trabalho livres de fumo para proteger as pessoas dos danos causados pelo fumo do tabaco. *(Artigo 8 da CQCT da OMS)*
 - Exigir advertências gráficas de saúde nas embalagens dos produtos de tabaco que descrevam os malefícios do uso do tabaco. *(Artigo 11 da CQCT da OMS)*
 - Implementar embalagens simples de produtos de tabaco. *(Diretrizes da FCTC da OMS para implementação do Artigo 11 e Diretrizes da FCTC da OMS para implementação do Artigo 13)*
 - Promover e fortalecer a conscientização pública sobre questões de controlo do tabagismo, incluindo os riscos à saúde do uso do tabaco e da fumo do tabaco, dependência e os benefícios da cessação. *(Artigo 12 da CQCT da OMS)*
 - Promulgar e fazer cumprir uma proibição abrangente de todas as formas de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco. *(Artigo 13 da CQCT da OMS)*
 - Aumentar conselhos breves para parar de fumar em centros de cuidados primários. *(Artigo 14 da CQCT da OMS)*
- 4** Desenvolver uma estratégia nacional e multissetorial de controlo do tabagismo. *(Artigo 5.1 da CQCT da OMS)* e fortalecer a coordenação multissetorial para o controlo do tabagismo, juntamente com a participação da sociedade civil na implementação da CQCT da OMS *(artigo 5.2a e 4.7 da CQCT da OMS)*
- 5** Implementar medidas para proteger as políticas de saúde pública dos interesses comerciais e outros interesses da indústria do tabaco. *(Artigo 5.3 da CQCT da OMS)*
- 6** Tornar-se Parte e implementar integralmente o Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco, inclusive por meio da capacitação para combater o comércio ilícito. *(Protocolo e Artigo 15 da CQCT da OMS)*
- 7** Apoiar os fumicultores a se engajarem em actividades económicas ou cultivos alternativos.
- 8** Identificar oportunidades para vincular a implementação da CQCT da OMS com estratégias mais amplas de desenvolvimento sustentável em Moçambique.

Tabela ES1. Resumo dos principais resultados do caso de investimento para o controlo do tabaco em Moçambique

Todos os anos, o uso do tabaco causa...	A implementação das ações da CQCT da OMS agora, nos próximos 15 anos:
9.300 mortes por ano	Evita 53.400 mortes
900 milhões de Meticais em despesas de cuidados de saúde	Poupa 4 biliões de Meticais em despesas de saúde
10,8 biliões de Meticais em perdas económicas indirectas	Evita perdas económicas no valor de 41 biliões
Perdas económicas equivalentes a 1,3 por cento do PIB	Gera benefícios económicos (45 biliões de Meticais) que ultrapassam largamente o custo (2 biliões de Meticais) da implementação e aplicação - a 21:1 retorno do investimento



Photo: © World Bank via Flickr

2. Introdução

O uso do tabaco é uma das principais ameaças à saúde do mundo e um fator de risco principal para doenças não transmissíveis, incluindo câncer, doenças cardíacas, doenças respiratórias crônicas e diabetes, bem como uma causa de muitas outras doenças [2]. Em Moçambique, cerca de 13,7 por cento da população adulta consome actualmente algum tipo de produto do tabaco, com maior prevalência nos homens (23 por cento) do que nas mulheres (7,3 por cento) [2]. O uso do tabaco causa cerca de 9.300 mortes a cada ano [3]. Cerca de 73 por cento delas são prematuros, ocorrendo entre aqueles com menos de 70 anos [3].

Para além do custo para a saúde e o bem-estar, o tabaco impõe um encargo económico substancial em todo o mundo. Um estudo de 2018 (com base em dados de 2012) concluiu que os custos do tabagismo¹ eram equivalentes a 1,8 por cento do produto interno bruto (PIB) anual do mundo. Quase 40 por cento dos custos ocorreram nos países em desenvolvimento, destacando o fardo substancial que estes países sofrem [4]. Além disso, o consumo de tabaco pode reduzir a produtividade, afastando permanente ou temporariamente os indivíduos do mercado de trabalho devido a problemas de saúde [5]. Quando as pessoas morrem prematuramente, perde-se a produção laboral que teriam produzido nos anos que lhes restariam. Além disso, as pessoas com problemas de saúde têm maior probabilidade de faltar ao trabalho (absentismo) ou de trabalhar a uma capacidade reduzida enquanto estão no trabalho (presenteísmo) [6], [7].

O consumo de tabaco pode deslocar as despesas do agregado familiar que, de outra forma, seriam destinadas à satisfação de necessidades básicas, incluindo alimentação e educação [8]-[10], e contribui para a fome e o empobrecimento das famílias [11], [12]. O consumo de tabaco impõe desafios sanitários e socio-económicos às populações vulneráveis, incluindo os pobres, as mulheres e os jovens [13]. A produção de tabaco causa danos ambientais, incluindo a degradação dos solos, a poluição da água e desflorestação [14]-[16]. O impacto anual do tabaco nas alterações climáticas é comparável às emissões de países inteiros e representa 0,2% do total mundial. Em resultado da deslocação da produção de tabaco dos países mais ricos para os de menor rendimento, os seus impactes ambientais são agora maioritariamente suportados pelas regiões em desenvolvimento. Ao esgotar os valiosos recursos destes países, ao poluir e ao danificar os seus ecossistemas, o tabaco põe em risco os seus meios de subsistência e o seu desenvolvimento. Tendo em conta os impactos de longo alcance do tabaco no desenvolvimento e a natureza multissetorial das intervenções necessárias, o controlo eficaz do tabaco exige o envolvimento de sectores não ligados à saúde em apoio de uma abordagem de todo o governo e de toda a sociedade para a elaboração de políticas e a aplicação da a CQCT da OMS.

As tendências actuais do consumo de tabaco em Moçambique e em todo o mundo são incompatíveis com o desenvolvimento sustentável. Através da Meta 3.4 dos ODS, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável compromete os Estados Membros, incluindo Moçambique, a alcançar uma redução de um terço na mortalidade prematura por DNTs (ou seja, mortes entre as idades de 30 e 70 anos) até 2030.

Acelerar o progresso nas DNTs requer uma implementação reforçada da CQCT da OMS; Meta 3.a. dos ODS. O controlo do tabaco não é apenas um meio primário para melhorar a saúde da população, mas também uma abordagem comprovada para reduzir a pobreza e as desigualdades, fazer crescer a economia e promover o desenvolvimento sustentável. O controlo do tabaco é um acelerador dos ODS, uma vez que pode contribuir para muitos objectivos simultaneamente nas esferas económica, social e ambiental. No entanto, há que trabalhar mais para inverter a epidemia do tabaco, nomeadamente acelerando a aplicação da CQCT da OMS. Além disso, a redução do consumo de tabaco é uma das nove metas do plano de acção global da OMS para a prevenção e o controlo das doenças não transmissíveis 2013-2030 [18]. A CQCT da OMS foi desenvolvida em resposta à globalização da epidemia do tabaco e é um tratado baseado em evidências que reafirma o direito de todas as pessoas ao mais alto padrão de saúde. A Convenção representa um marco para a promoção da saúde pública e fornece novas dimensões legais para a cooperação internacional em saúde. Em 2007, Moçambique aprovou o Decreto n.º 11/2007: O Regulamento do Consumo e Comercialização do Tabaco, que incluía muitas acções políticas importantes contidas na CQCT da OMS, tais como locais públicos e de trabalho livres de fumo. O reforço das medidas existentes e a aplicação de novas medidas podem reduzir a prevalência do consumo de tabaco e gerar benefícios económicos e para a saúde. A concretização de todos os benefícios de tais medidas depende de esforços concertados e coordenados de vários sectores do governo, bem como de uma liderança de alto nível e de um público informado.

Um caso de investimento para o controlo do tabaco analisa os custos económicos e de saúde do consumo de tabaco, bem como as oportunidades de ganhos potenciais da implementação em escala das principais medidas da CQCT da OMS. Identifica quais as medidas de redução da procura da CQCT da OMS que provavelmente produzirão os maiores retornos económicos e de saúde para Moçambique (o retorno do investimento; ROI). Em consulta com o Governo de Moçambique, o caso de investimento modela o impacto da implementação das seguintes sete disposições chave da CQCT da OMS:

- 1** **Tributação do cigarro para reduzir a acessibilidade dos produtos do tabaco.** *(Artigo 6 da CQCT da OMS)*
- 2** **Proibição de fumar em todos os locais públicos para proteger as pessoas do fumo do tabaco.** *(Artigo 8º da CQCT da OMS)*
- 3** **Advertências gráficas de saúde para alertar para os perigos do consumo do tabaco.** *(Artigo 11 da CQCT da OMS)*
- 4** **Embalagem simples de produtos do tabaco.** *(Artigo 11 da CQTC da OMS: Directrizes para a implementação, e Artigo 13)*
- 5** **Campanhas dos meios de comunicação social contra o consumo de tabaco.** *(Artigo 12 da CQCT)*
- 6** **Proibições de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco.** *(Artigo 13º da CQCT da OMS)*
- 7** **Aumento dos conselhos breves para deixar de fumar aos utilizadores de tabaco em centros de cuidados primários.**

A **Secção 3** deste relatório providencia uma visão geral do controlo do tabaco em Moçambique, incluindo a prevalência do consumo de tabaco, assim como os desafios e oportunidades. A **Secção 4** resume a metodologia do caso de investimento (ver Secção 8: Anexo Metodológico e o *Apêndice Técnico* separado, disponível a pedido, para mais pormenores). A **Secção 5** relata as principais conclusões da análise económica. A **Secção 6** examina o impacto do aumento de impostos sobre os fumadores de baixa renda. O relatório é concluído na **Secção 7** com recomendações.

3. Controlo do tabaco em Moçambique: estatuto e contexto

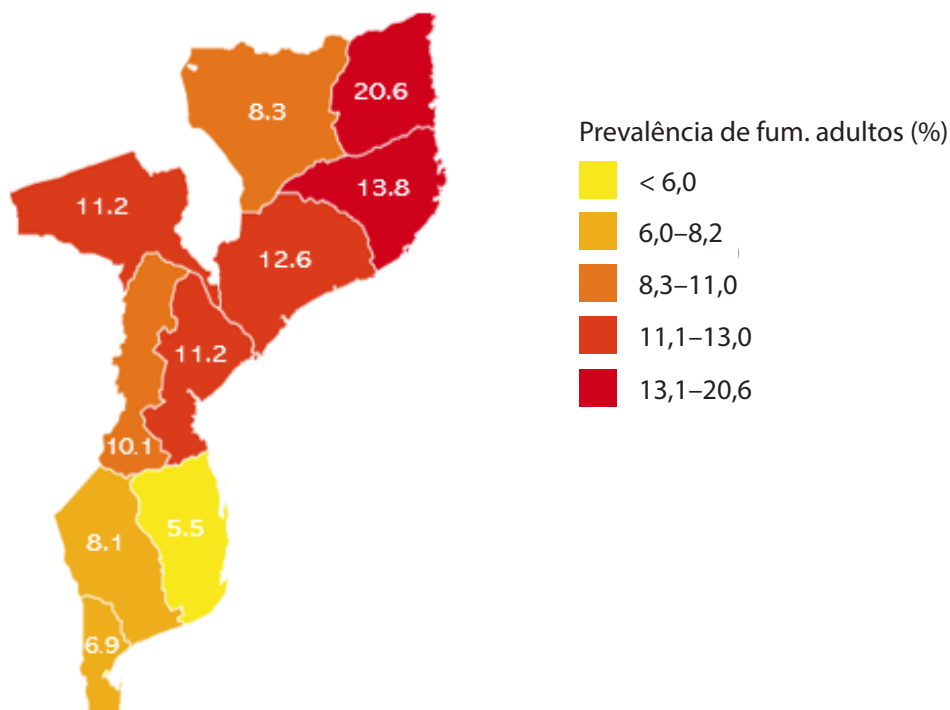
3.1 Prevalência do uso do tabaco, normas sociais e sensibilização

Em Moçambique, 13,7 por cento da população adulta consome produtos do tabaco, com uma prevalência entre os homens (23 por cento) em comparação com as mulheres (7,3 por cento) [2]. Os cigarros (tanto (manufacturados e enrolados à mão) são o tipo de tabaco mais utilizado, com 23% dos homens e 3,2% das mulheres sendo fumadores actuais de cigarros. Embora a prevalência do tabagismo seja sete vezes menor entre as mulheres do que entre os homens, mais mulheres fumam em Moçambique, em média, em comparação com outros países que têm uma pontuação “baixa” no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) [19]. Além disso, as mulheres têm quase cinco vezes mais probabilidades do que os homens de consumir produtos de tabaco sem fumo produtos de tabaco sem fumo em Moçambique (4,6 por cento em comparação com 1,1 por cento) [2].

A prevalência do tabagismo também varia muito por província, indo de 21 por cento da população adulta em Cabo Delgado a 5,2 por cento na Cidade de Maputo (Figura 1). A prevalência do tabagismo é maior nas províncias do norte do país, com diferenças regionais mais pronunciadas para o consumo de cigarros enrolados à mão (variando de 0 por cento na Cidade de Maputo a 8,1 por cento em Cabo Delgado) e consumo de tabaco sem fumo (variando de 0,3 por cento na Cidade de Maputo a 9,1 por cento em Cabo Delgado).

Fig. 1: Prevalência actual do tabagismo em adultos por província, Moçambique 2014-15

(Fonte: Relatório STEPS sobre Factores de Risco da DCN em Moç, 2014-15)



A prevalência do tabagismo aumenta com a idade em Moçambique. Os adultos entre os 15-24 anos de idade têm uma prevalência global de 2,8% em comparação com os 16,1% entre os 45-64 anos. A redução das formas de consumo do tabaco entre os jovens adultos pode reflectir uma mudança para o uso de tabaco sem fumo [2]. O menor consumo de cigarros enrolados à mão e tabaco sem fumo está correlacionado com níveis de educação mais elevados, embora o consumo de cigarros manufacturados varie menos com a educação [2]. Aproximadamente um terço dos fumadores actuais relatam que tentaram parar pelo menos uma vez nos últimos 12 meses [2].

Entre os jovens adultos, a exposição ao fumo passivo é comum. De acordo com o Inquérito Global de Saúde dos Estudantes (GSHS) de Moçambique de 2015, mais de metade dos estudantes com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos relataram exposição ao fumo passivo num ou mais dos últimos sete dias [20]. Contudo, um sinal promissor para as gerações futuras é a percentagem relativamente baixa de crianças (13-17 anos de idade) que são fumadores actuais ou utilizadores de qualquer produto do tabaco (2 e 5%, respectivamente) [20]. Três quartos dos alunos relatam terem sido ensinados sobre os perigos de fumar [21].

3.2 Situação das medidas de redução da procura no domínio do controlo do tabaco no âmbito da CQCT da OMS

Fortes medidas fiscais e regulamentares influenciam as normas sociais, assinalando que o consumo de tabaco é prejudicial, não só para os consumidores, mas também para as pessoas que os rodeiam, incluindo familiares, amigos e colegas de trabalho.

Embora Moçambique tenha demonstrado progressos na implementação de medidas-chave de redução da procura, mais de 9.300 pessoas em Moçambique continuam a morrer devido ao consumo de tabaco todos os anos.

A implementação de medidas adicionais ou a intensificação das existentes pode levar Moçambique a um alinhamento mais próximo com a CQCT da OMS e reduzir os custos substanciais impostos pelo consumo de tabaco. Esta secção resume o actual estado das medidas de redução da procura da CQCT da OMS e o nível visado defendido e analisado no caso de investimento (**Tabela 1**).



Aumentar a tributação do tabaco para reduzir a acessibilidade económica dos produtos do tabaco (Artigo 6 da CQCT da OMS)

Em Moçambique, os impostos representam 29% do preço de retalho da marca de cigarros mais vendida [17], com a componente específica do imposto especial de consumo a representar 14% do preço de retalho. Existe uma margem substancial para alcançar o que é considerado no Relatório da OMS sobre a Epidemia Global do Tabaco como um elevado nível de realização, ou seja, que o total dos impostos represente pelo menos 75% do preço de retalho.

No que se refere à conceção dos impostos sobre os produtos do tabaco, a OMS faz uma série de recomendações, incluindo a de que os governos devem basear-se mais em impostos específicos sobre o tabaco para impulsionar os aumentos de preços (em vez de depender apenas de impostos ad valorem), aumentar significativamente os impostos sobre o tabaco para reduzir a acessibilidade dos produtos do tabaco e ajustar automaticamente os impostos específicos sobre o tabaco à inflação e ao crescimento dos rendimentos.

O Global Cigarette Tax Scorecard, que avalia o desempenho da política fiscal sobre cigarros dos países, atribuiu a Moçambique uma pontuação de 2,5 numa pontuação máxima de 5 em 2020. Esta pontuação é superior à média regional africana de 1,64.

No âmbito do Cartão de Pontuação Fiscal, Moçambique obtém uma boa pontuação na alteração da acessibilidade dos cigarros, mas obtém uma pontuação fraca no preço dos cigarros e na quota de imposto. O caso de investimento examina o impacto do aumento dos impostos sobre os cigarros para níveis considerados no Relatório da OMS sobre a Epidemia Global do Tabaco como um nível elevado de realização [25]. O modelo prevê um aumento do imposto especial de consumo específico (em termos reais) de MZN 7 para MZN 47 em 2027, enquanto a taxa do IVA se mantém inalterada (17%).

Neste cenário, o preço líquido de impostos permanece estático (repercussão total do aumento do imposto). De 2028 a 2037, são modelados impostos especiais de consumo específicos adicionais que provocam aumentos de preços reais de uma média anual de 9 por cento, elevando o imposto total para 75 por cento no final da análise (ver anexo da metodologia para informações detalhadas). Serão obtidos mais ganhos económicos em Moçambique com aumentos substanciais dos impostos sobre todos os produtos do tabaco.



Criar locais públicos e locais de trabalho sem fumo para proteger as pessoas dos os malefícios do fumo do tabaco (artigo 8.º da CQCT da OMS)

O Decreto No. 11/2007 de Moçambique proíbe o tabaco em muitos locais públicos, tais como locais de trabalho, transportes públicos, edifícios governamentais e restaurantes, mas são permitidas áreas designadas para fumadores. Não existem fundos dedicados à aplicação das políticas antitabágicas, nem existe um sistema para receber e investigar queixas [17].

Relatos da mídia destacam que as restrições existentes não são aplicadas em muitos estabelecimentos [23]. Permitir fumar em áreas designadas não protege os indivíduos - incluindo os trabalhadores da indústria hoteleira - da exposição ao fumo passivo. Além disso, a autorização de fumar em zonas designadas assinala a aceitação do tabagismo como norma social [23]. O caso de investimento examina o impacto da adoção e aplicação de medidas medidas antitabaco abrangentes para todos os locais públicos e de trabalho fechados.



Exigir que as embalagens de tabaco contenham advertências gráficas sobre os danos causados pelo consumo de tabaco (Artigo 11 da CQCT da OMS)

O Decreto Moçambicano n.º 11/2007 estipula que os produtos do tabaco devem ser acompanhados de advertências “amplas, claras, visíveis e legíveis” contra o consumo de tabaco nas suas embalagens, cobrindo pelo menos 30 por cento da frente e 25 por cento do verso (28 por cento das principais áreas de exposição combinadas). O decreto não especifica se a advertência obrigatória deve conter elementos gráficos nem qual deve ser o seu aspecto. Também não é exigido que as advertências de saúde sejam rotativas, permitindo a possibilidade que as advertências possam perder o seu efeito ao longo do tempo. O caso de investimento examina o impacto da exigência de que pelo menos 50% das principais áreas de exposição de todas as embalagens de tabaco sejam cobertas com rótulos de advertências gráficas que são regularmente.



Implementar embalagem simples dos produtos do tabaco (Directrizes da CQCT da OMS para a implementação dos artigos 11 e 13)

Actualmente, Moçambique não exige a embalagem simples dos produtos do tabaco. O caso de investimento modela o impacto da implementação e aplicação de requisitos de embalagem simples.



Promover e reforçar a sensibilização do público para as questões de controlo do tabaco, incluindo os riscos para a saúde decorrentes do consumo de tabaco, a dependência e os benefícios da cessação (Artigo 12 da CQCT da OMS)

Moçambique não tem implementado nos últimos anos uma campanha nacional de comunicação social anti-tabaco com componentes recomendados pela CQCT da OMS, tais como pesquisa de público-alvo, teste de materiais e avaliação do impacto da campanha. O lançamento de uma campanha de boas práticas nos meios de comunicação social (examinada no caso de investimento) promoveria e reforçaria ainda mais a sensibilização do público para as questões do controlo do tabaco sobre as questões do controlo do tabaco e os malefícios do consumo de tabaco.



Adoptar e aplicar uma proibição geral de todas as formas de publicidade, patrocínio e promoção do tabaco (Artigo 13º da CQCT da OMS)

Moçambique proíbe a publicidade directa ao tabaco através da televisão e rádio nacionais e internacionais, revistas e jornais impressos, e publicidade exterior [17]. Embora o cumprimento das proibições existentes seja elevado, outras formas de publicidade, tais como exposições no ponto de venda, publicidade na Internet, e a maioria das formas de promoção e patrocínio não estão regulamentadas. O caso do investimento modela o impacto da implementação e aplicação de uma proibição abrangente da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco (TAPS).



Ampliação de conselhos breves para parar de fumar em centros de cuidados primários (Artigo 14 da CQCT da OMS)

O apoio à cessação tabágica está disponível em alguns hospitais e centros comunitários, mas não se sabe se está disponível em clínicas ou instalações de cuidados primários. Aproximadamente um em cada dez Moçambicanos com idades entre os 15 e os 64 anos foi aconselhado a deixar de fumar (ou a não começar a fumar) por um profissional de saúde nos últimos três anos [2].

O aconselhamento de apoio à cessação do tabagismo dado por profissionais formados pode motivar e ajudar os indivíduos a deixar de fumar ou aumentar as tentativas de desistência. O caso de investimento examina o impacto da expansão da formação de provedores de cuidados de saúde para oferecerem conselhos de cessação em contextos de cuidados primários.

A **Tabela 1** resume o estado actual das medidas da CQCT da OMS sobre a redução da procura e compara-as com um objectivo que representaria um elevado nível de implementação para cada medida. Atingir os objectivos pode reduzir ainda mais o consumo de tabaco. O impacto de cada medida política - individualmente e em combinação - é descrito na Tabela A3 do Anexo.

Tabela 1: Resumo do estado actual das medidas da CQCT da OMS sobre a redução da procura do tabaco em Moçambique e objectivos pretendidos

Política de Controlo do Tabaco	Linha de base de Moçambique*	Alvo da CQCT da OMS modelado
Aumentar a tributação do tabaco para reduzir a acessibilidade dos preços dos produtos do tabaco (Artigo 6.º da CQCT da OMS)	Participação tributária equivalente a 29% do preço de retalho da marca de cigarro mais vendida (impostos específicos abrangem 14% do preço).	Aumentar os impostos sobre os cigarros para pelo menos 75 por cento do preço de retalho. Aplicar aumentos regulares dos impostos para ultrapassar a inflação e o crescimento dos rendimentos.
Criar locais públicos e locais de trabalho sem fumo para proteger as pessoas dos malefícios do fumo do tabaco (Artigo 8 da CQCT da OMS)	O tabagismo é restrito em muitos locais públicos. No entanto, é permitido fumar em áreas designadas e a aplicação das restrições existentes é fraca.	Promulgar e fazer cumprir requisitos abrangentes em matéria de proibição de fumar para locais públicos fechados e locais de trabalho.
Exigir que as embalagens de tabaco contenham advertências gráficas sobre os danos causados pelo consumo de tabaco (Artigo 11 da CQCT da OMS)	As advertências textuais de saúde devem cobrir pelo menos 28% das embalagens de cigarros e não há requisitos para rótulos gráficos de advertências de saúde.	Obrigar a que as advertências gráficas de saúde cubram pelo menos 50 por cento da área de exposição principal de todas as embalagens de tabaco, e que os rótulos sejam regularmente rodados para garantir um impacto contínuo.
Implementar embalagem simples dos produtos de tabaco (Directrizes da CQCT da OMS para a implementação dos artigos 11 e 13)	A embalagem simples não é actualmente obrigatória.	Implementar e aplicar embalagens simples de produtos do tabaco.
Promover e reforçar a sensibilização do público para as questões de controlo do tabaco, incluindo os riscos para a saúde decorrentes do consumo de tabaco, a dependência e os benefícios da cessação (Artigo 12 da CQCT da OMS)	Nenhuma campanha mediática antitabagismo a nível nacional que reflecta as melhores práticas da OMS foi recentemente lançada em Moçambique.	Implementar uma campanha nacional anti-tabagismo nos meios de comunicação de massa que seja pesquisada e testada com um público-alvo e avaliada o seu impacto.
Adoptar e aplicar uma proibição geral de todas as formas de publicidade, patrocínio e promoção do tabaco (Artigo 13 da CQCT da OMS)	A maioria das formas de publicidade do tabaco a nível nacional e internacional são proibidas (por exemplo, televisão, rádio, outdoors, imprensa escrita, impressão). No entanto, outras formas de publicidade do tabaco como a publicidade nos pontos de venda e a publicidade na Internet não são proibidas.	Decretar e impor uma proibição abrangente de todas as formas de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco.
Aumentar conselhos breves para parar de fumar em centros de cuidados primários (Artigo 14 da CQCT da OMS)	O apoio à cessação tabágica está disponível em alguns centros de saúde e hospitais. Não existe uma linha nacional para deixar de fumar.	Aumento do aconselhamento breve para deixar de fumar para os utilizadores de tabaco em centros de cuidados primários.

* Relatório da OMS sobre a Epidemia Global do Tabaco, 2019: Perfil de Moçambique.

3.3 O uso do tabaco e a pandemia da COVID-19

A pandemia global de COVID-19 está a sobrecarregar os sistemas de saúde em todo o mundo e o seu impacto económico é imenso. Pessoas que vivem com DNTs pré-existentes, incluindo aquelas causadas pelo uso do tabaco, são provavelmente mais vulneráveis a adoecer gravemente com a COVID-19 [24]. De acordo com a OMS, os fumadores têm um risco até 50% maior de desenvolver doenças graves ou morrer de COVID-19. No entanto, mais pesquisas precisam ser realizadas. Estudos bem planeados de base populacional são necessários para abordar questões sobre a hospitalização, a gravidade da COVID-19 e o risco de infecção por SARS-CoV-2 entre fumadores [25].

3.4 Legislação, estratégia e coordenação nacionais de controlo do tabaco

O Decreto n.º 11/2007 sobre o Regulamento do Consumo e Comercialização de Tabaco é o principal regulamento de controlo do tabaco em Moçambique. Para além deste Decreto, a Lei n.º 17 de 2017 estabelece o actual Código de Imposto sobre Produtos Industrializados de Moçambique e regula os impostos especiais de consumo sobre produtos do tabaco. A Constituição de Moçambique contém várias disposições sobre o direito à saúde que são relevantes para o controlo do tabaco [26]. Por exemplo, o Artigo 92 estabelece o direito dos consumidores à “protecção de sua saúde” e à “educação e informação” relacionadas aos produtos que consomem. O Artigo 116 (3) estabelece a responsabilidade do Governo de “encorajar os cidadãos e instituições a participarem na elevação do padrão de saúde na comunidade”. Estas disposições são uma base importante para alertar as pessoas sobre os malefícios do tabaco e apoiar a cessação, de acordo com a CQCT da OMS, que Moçambique ratificou em 2017.

Como membro fundador da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC), Moçambique é encorajado a implementar vários artigos da CQCT da OMS, tais como os artigos 6 e 15 da CQCT da OMS [31]. A SADC também fornece directrizes para a cooperação em matéria de impostos especiais de consumo entre os países membros [32].

O Ministério da Saúde lidera os esforços nacionais de controlo do tabagismo. Sob os auspícios do Ministério da Saúde, Moçambique formou um grupo de trabalho multi-sectorial para o controlo do tabaco, composto por representantes de diferentes ministérios, sociedade civil, autoridades regulatórias relevantes e parceiros de desenvolvimento, incluindo agências das Nações Unidas. Este grupo de trabalho desempenhou um papel fundamental na elaboração do Decreto nº 11 de 2007 sobre a Regulamentação do Consumo e Comercialização de Tabaco e continua a trabalhar com as partes interessadas para melhorar o cumprimento da CQCT da OMS no país [31]. O Ministério da Saúde colabora com a Inspeção Nacional de Actividades Económicas (INAE), do

Ministério da Indústria e Comércio, na supervisão dos retalhistas de tabaco e na garantia de que as regulamentações nacionais sobre o consumo e a comercialização do tabaco sejam seguidas [31]. Além disso, colabora com o Ministério das Finanças em impostos sobre o tabaco e com a sociedade civil e a Academia na advocacia do controlo do tabaco.

Na ausência de uma estratégia nacional de controlo do tabagismo, as funções e responsabilidades das principais partes interessadas são mal definidas. O Decreto nº 11 descreve as contribuições de alguns ministérios (Saúde, Indústria e Comércio e Finanças) para a regulamentação do tabaco, mas não fornece uma estrutura para uma resposta de todo o Governo. Não há medidas direcionadas para promover o engajamento do Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano, Ministério do Trabalho e Ministério do Género, Criança e Acção Social (MGCAS), por exemplo. Essas instituições têm um papel importante a desempenhar na promoção e aplicação de medidas de controlo do tabagismo, incluindo a garantia de escolas e locais de trabalho livres do cigarro, abordando o objectivo da indústria do tabaco nesses locais para promover os seus produtos e aumentando a conscientização e fornecendo informações.

3.5 Capacidade do sistema de saúde

Moçambique fez progressos no fortalecimento do seu sistema de saúde, com avanços notáveis na última década na redução da mortalidade de menores de 5 anos, por exemplo [33]. No entanto, a disponibilidade e acessibilidade dos serviços de saúde permanecem limitadas [33]. O Relatório Mundial de Protecção Social de 2017 estimou que 93 por cento da população experimentou um défice na cobertura de protecção à saúde devido à falta de pessoal de saúde e 87 por cento devido à escassez de recursos financeiros [34]. Os cuidados primários e secundários são disponibilizados pelos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social, SDSMSA). Os cuidados de nível superior são prestados nos principais hospitais, geralmente geridos pelo Ministério da Saúde. A distribuição geográfica das unidades de saúde é desigual, com as comunidades rurais enfrentando uma oferta significativamente menor de serviços de saúde.

A parcela do gasto total do Governo alocado à saúde oscilou entre 4 e 6 por cento no período de 2010–2018 [35]. Em 2018, quase 63% de todas as despesas com saúde foram financiadas por meio de ajuda externa [35]. A resposta nacional de saúde tem se concentrado em HIV/SIDA, tuberculose, malária e saúde reprodutiva, visto que o país continua fortemente afectado por essas doenças. No entanto, a carga de DNTs tem aumentado devido à mudança de padrões comportamentais, mudanças demográficas e urbanização. Entre 2010 e 2016, a mortalidade por DNTs aumentou de 23 para 27 por cento [33].

Considerando a capacidade actualmente limitada do sistema de saúde para responder às necessidades das pessoas com DNTs, entre outros desafios de saúde e desenvolvimento, prevenir as DNTs por meio de um controlo mais forte do tabagismo é ainda mais crítico. A implementação da CQCT da OMS é um meio eficaz de reduzir as tensões humanas e financeiras no sistema de saúde. A tributação do tabaco, além de salvar vidas e evitar custos de saúde e económicos, pode fornecer receita para financiar sistemas de saúde mais fortes e resilientes rumo à cobertura universal de saúde.

3.6 Presença e interferência da indústria do tabaco na formulação de políticas

Em Moçambique, é especialmente necessário um compromisso e uma acção mais fortes de várias partes interessadas no controlo do tabaco, no contexto da proeminente presença económica que a indústria do tabaco tem no país. Moçambique é um país onde as exportações de tabaco representam mais de um quarto do valor total dos produtos agrícolas exportados [31].

O aumento das exportações agrícolas – incluindo o tabaco – foi considerado prioritário no Programa Nacional de Desenvolvimento Quinquenal (2015-2019) [32]. O Ministério das Finanças e o Ministério da Agricultura estão, por conseguinte, inclinados a apoiar os produtores de tabaco. Para além disso, a Mozambique Leaf Tobacco Ltd. – a maior empresa nacional de tabaco – é uma importante fornecedora de empregos e receitas, o que lhe dá poder de influência ao envolver diferentes forças políticas no país [42].

A ausência de uma estratégia nacional multisectorial de controlo do tabaco também cria espaço para a interferência da indústria do tabaco. Em Moçambique, as empresas de tabaco aproveitam a sua pegada económica e no mercado de trabalho para influenciar normas sociais e políticas, bem como interferir na definição de políticas, muitas vezes utilizando representação indireta e actores terceiros [42].

Moçambique registou recentemente um declínio na sua pontuação no Índice Global de Interferência da Indústria do Tabaco e ocupa agora a posição 52 dos 80 países analisados (passando de uma pontuação de 61 em 2020 para 64 em 2021, num sistema de classificação em que uma pontuação mais baixa indica menos interferência) [42]. Moçambique tem a oportunidade de ir mais longe com acções para abordar a influência negativa da indústria do tabaco na saúde e no desenvolvimento sustentável através da plena implementação da CQCT da OMS.

3.7 Comércio ilícito de produtos do tabaco

O comércio ilícito de produtos do tabaco constitui uma séria ameaça para a saúde pública. O comércio ilícito aumenta a acessibilidade e o preço dos produtos do tabaco, alimentando assim a epidemia do tabaco e comprometendo as políticas de controlo do tabaco.

Além disso, provoca perdas substanciais nas receitas públicas, ao mesmo tempo que contribui para o financiamento de actividades criminosas transnacionais [43]. Moçambique ainda não ratificou o Protocolo para a Eliminação do Comércio Ilícito de Tabaco.

O Protocolo complementa a CQCT da OMS com um instrumento abrangente para combater e, eventualmente, eliminar o comércio ilícito de produtos do tabaco e reforçar as dimensões jurídicas da cooperação internacional no domínio da saúde. O comércio ilícito de produtos do tabaco é uma barreira para o sucesso do controlo do tabaco em Moçambique. Existem rotas de trânsito conhecidas para o tabaco ilegal proveniente do Zimbabué e do Médio Oriente, e há relatos de cigarros ilegais apreendidos em Moçambique [44].

Para combater o comércio ilícito de produtos de tabaco, Moçambique implementou uma série de disposições. Estas incluem: marcação para determinar a origem e se o produto é vendido legalmente, um sistema de localização e seguimento, controlo e avaliação dos dados sobre o comércio de tabaco, comunicação entre as autoridades competentes, legislação sobre sanções em caso de infração ao comércio lícito, destruição de produtos de tabaco ilícitos e regulamentação da produção e da distribuição [45].

4. Metodologia

O objetivo do caso de investimento é quantificar o atual fardo económico e de saúde do consumo de tabaco em Moçambique (no contexto das medidas de controlo do tabaco atualmente em vigor) e estimar o impacto que a implementação de novas medidas da CQCT da OMS – ou o reforço das existentes – teria na redução deste fardo.

Foi desenvolvido um modelo estático para conduzir o caso de investimento e para efetuar as etapas metodológicas da **Figura 2**. Esta metodologia foi utilizada em casos de investimento nacionais anteriores da CQCT da OMS no âmbito do projecto CQCT 2030. As ferramentas e os métodos utilizados para realizar estas etapas são descritos no Anexo do presente relatório. Os leitores interessados devem também consultar o Apêndice Técnico³ do presente relatório para uma descrição mais pormenorizada da metodologia.

A equipa do caso de investimento trabalhou com as partes interessadas em Moçambique para recolher dados nacionais para o modelo. Nos casos em que não havia dados disponíveis do governo ou de outras fontes no país, a equipa utilizou dados nacionais, regionais e globais disponíveis ao público de fontes como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a base de dados do Banco Mundial, o estudo Global Burden of Disease (GBD) do Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) e literatura académica. No caso de investimento, os custos e benefícios monetizados são reportados em meticais (MZN) constantes de 2019 e descontados a uma taxa anual de 5 por cento.

Fig. 2: Construindo o caso de investimento

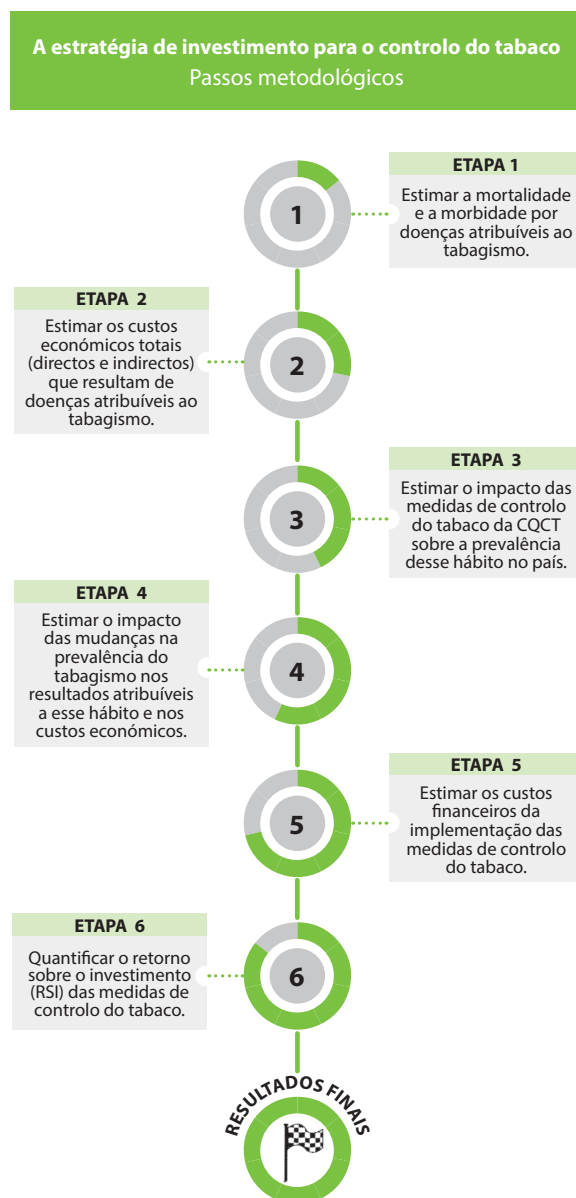




Photo: © World Bank via Flickr

5. Resultados

5.1 O peso actual do consumo de tabaco: custos de saúde e económicos¹

O consumo de tabaco mina o crescimento económico. Em 2019, o consumo de tabaco causou cerca de 9.400 mortes em Moçambique, 73% das quais ocorreram entre os menores de 70 anos. Estas mortes ascendem a 158.800 anos de vida perdidos, que são anos produtivos perdidos, nos quais muitos desses indivíduos teriam contribuído para a mão-de-obra. As perdas económicas em 2019 devido à mortalidade prematura relacionada com o tabaco estão estimadas em MZN 3.8 biliões.

Embora os custos da mortalidade prematura sejam elevados, as consequências do uso do tabaco começam muito antes da morte. Como os indivíduos sofrem de doenças atribuíveis ao tabaco (por exemplo, doenças cardíacas, acidentes vasculares cerebrais, cancro), são necessários cuidados médicos dispendiosos para os tratar. As despesas com tratamentos médicos para doenças causadas pelo tabagismo custaram ao Governo MZN 549 milhões em 2019 e fizeram com que os cidadãos moçambicanos gastassem MZN 90 milhões em despesas próprias de cuidados de saúde (OOP). Os seguros privados e instituições sem fins lucrativos ao serviço dos agregados familiares gastaram 292 milhões de MZN no tratamento de doenças atribuíveis ao tabaco em 2019. No total, as despesas com cuidados de saúde atribuíveis ao tabagismo ascenderam a 931 milhões de MZN. Para além das despesas de saúde, à medida que os indivíduos ficam doentes, é mais provável que falem dias de trabalho (absentismo) ou que sejam menos produtivos no trabalho (presenteeísmo). Em 2019, o custo do excesso de absentismo devido a doenças relacionadas com o tabaco foi de 1,2 mil milhões de MZN e o custo do presenteeísmo devido ao consumo de cigarros foi de 3,4 mil milhões de MZN.

Finalmente, mesmo nos seus anos saudáveis, os trabalhadores que fumam têm mais probabilidades de sofrer perdas de produtividade do que os trabalhadores que não fumam. Estima-se que os fumadores fumam dez minutos adicionais por dia nos intervalos do que os trabalhadores não fumadores [36]. Se dez minutos de tempo forem avaliados ao salário médio dos trabalhadores, o impacto composto de 2 milhões de trabalhadores fumadores a fazerem pausas de dez minutos por dia é equivalente à perda de 2 biliões de MZN de produção anual. No total, o consumo de tabaco causou perdas económicas de MZN 11,7 biliões² em 2019, equivalentes a cerca de 1,3% do PIB de Moçambique em 2019. A **figura 3** decompõe os custos directos e indirectos. As **figuras 4, 5, e 6** ilustram as perdas anuais de saúde que ocorrem devido ao consumo de tabaco.

1 Ao avaliar o “peso actual” do consumo de tabaco, os custos económicos da mortalidade prematura incluem o custo das mortes prematuras devidas a qualquer forma de exposição ao tabaco (incluindo o fumo, o fumo passivo, e o uso de outros tipos de produtos do tabaco). Apenas os custos atribuíveis ao fumo (não atribuíveis ao tabaco) são calculados para despesas de saúde, absentismo, presenteeísmo e pausas para fumar. Embora outras formas de tabaco também possam causar perdas nestas categorias, não existem dados disponíveis que permitam identificar essas perdas.

2 As partes componentes não podem acrescentar ao MZN 11,7 biliões exactamente devido ao arredondamento.



Photo: © World Bank via Flickr

O custo actual do consumo de tabaco

Fig. 3: Repartição da proporção de custos económicos directos e indirectos (MZN mil milhões) em 2019

CUSTOS INDIRECTOS (92%)
MZN 10,8 biliões

CUSTOS DIRECTOS (8%)
MZN 0,9 bilião

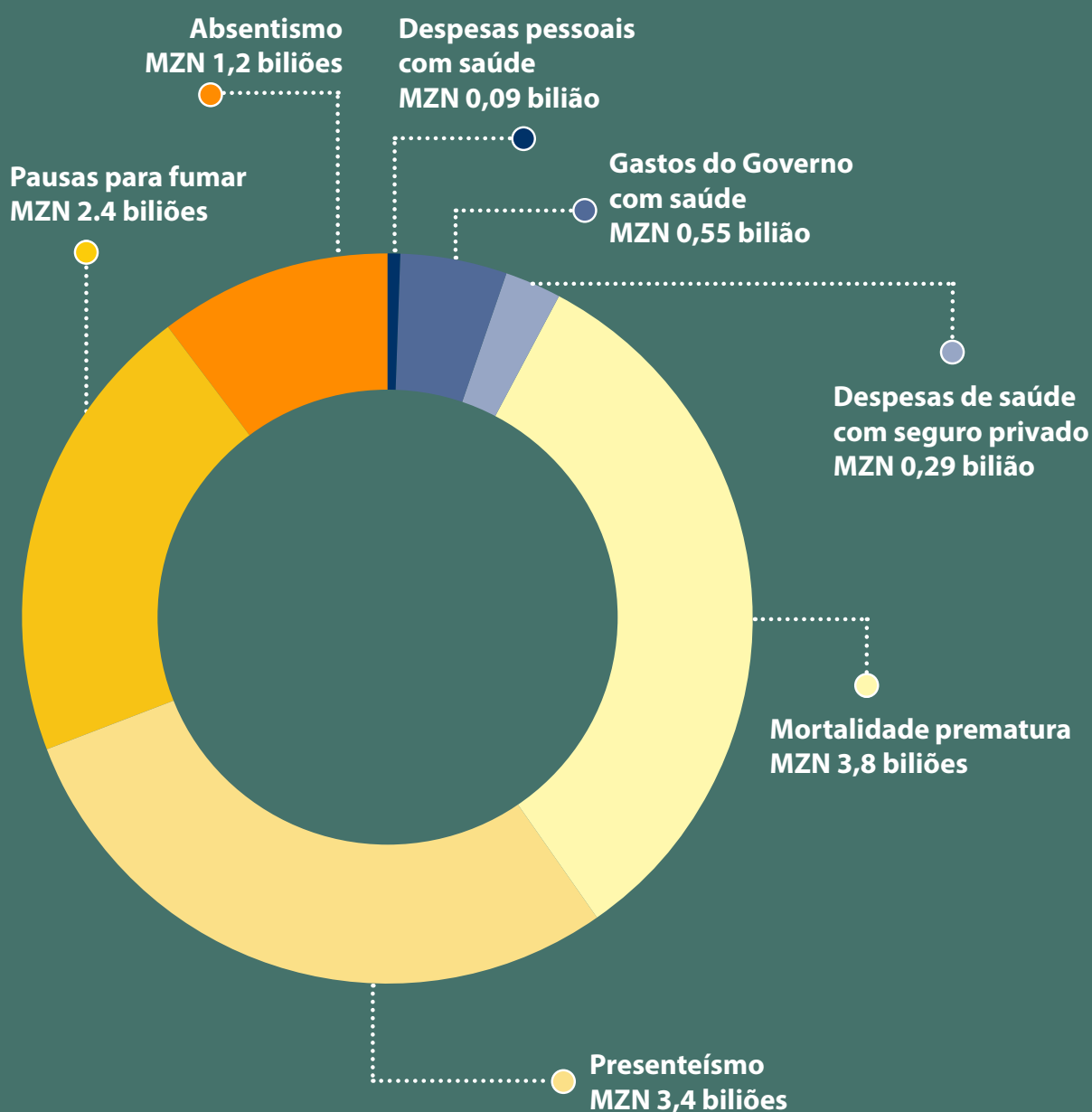


Fig. 4: Mortes por doença atribuíveis ao tabaco em Moçambique, 2019 (Fonte: Os resultados são da Ferramenta de Resultados da Carga Global de Doenças do Instituto de Métricas e Avaliação da Saúde. Outras causas incluem asma, cancro da laringe, doença de Alzheimer e outras demências, úlcera péptica, aneurisma da aorta, cancro da bexiga, cancro do lábio e da cavidade oral, cancro do estômago, cancro do cólon e do reto, leucemia, cancro da mama, cancro do pâncreas, cancro do fígado, doença arterial periférica, outro cancro da faringe, doenças da vesícula biliar e das vias biliares, cancro da próstata, fibrilhação auricular e flutter, cancro do rim, artrite reumatoide, cancro da nasofaringe, otite média e esclerose múltipla.)

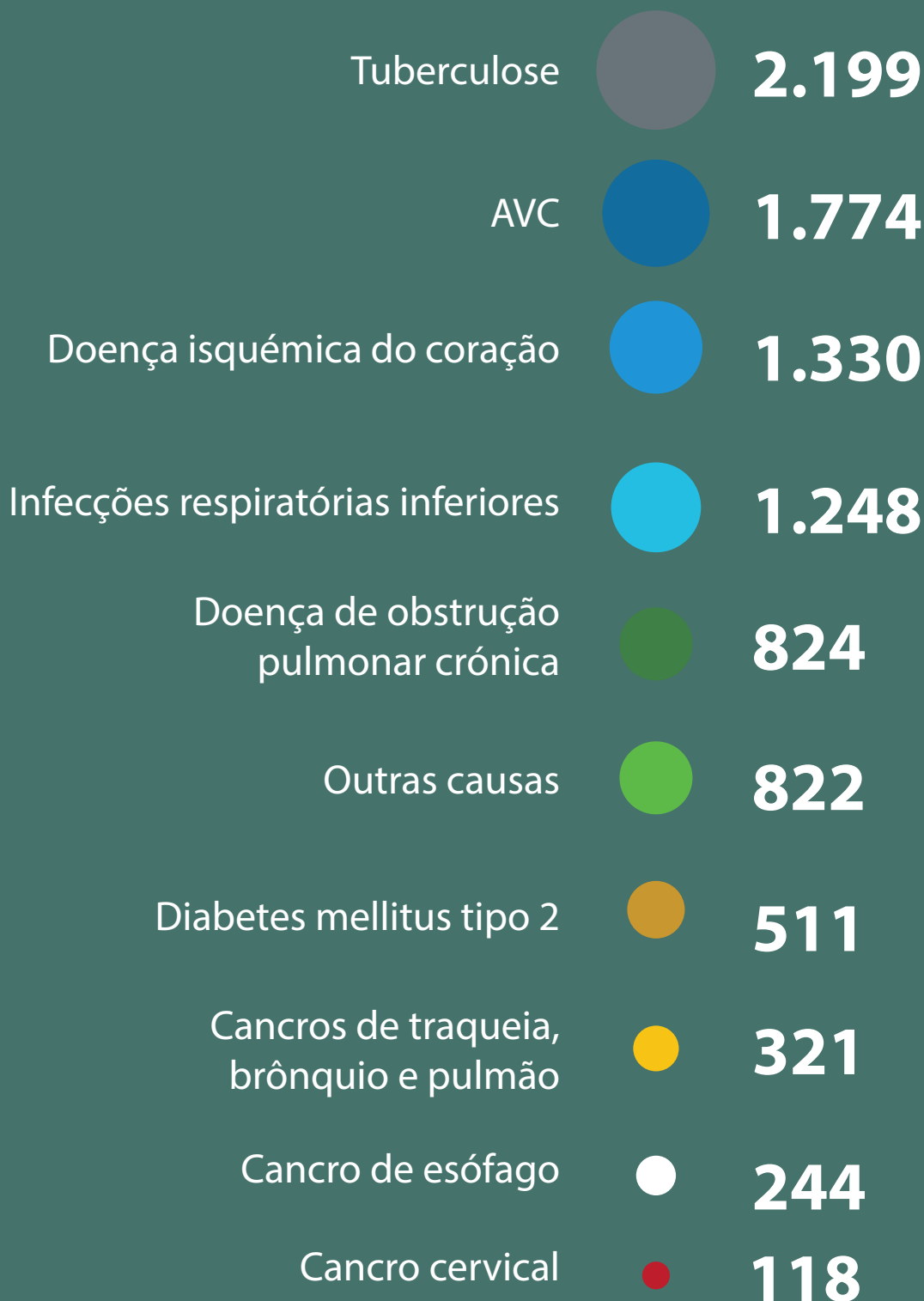
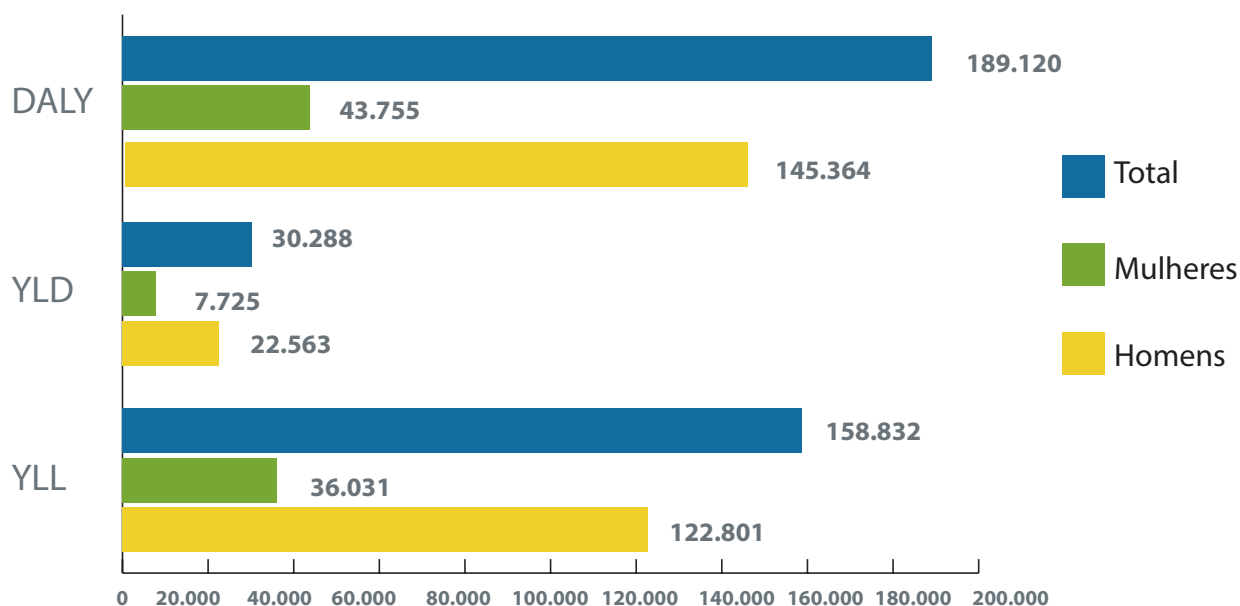


Fig. 5: DALYs, YLDs, e YLLs atribuíveis ao tabaco em Moçambique, por sexo,³ 2019

5.2 Implementação de medidas políticas que reduzam o peso do consumo de tabaco

A implementação de novas medidas de controlo do tabaco – ou a intensificação das já existentes – pode reduzir a carga nacional do consumo de tabaco. Através destas acções, Moçambique pode assegurar retornos significativos em termos de saúde e económicos, e começar a reduzir os 11.7 biliões de MZN em perdas económicas anuais directas e indirectas resultantes do consumo de tabaco.

As duas subsecções seguintes apresentam os benefícios económicos e para a saúde e económicos que resultam de sete acções políticas da CQCT da OMS: 1) aumentar a tributação dos cigarros para reduzir a acessibilidade económica dos produtos do tabaco; 2) implementar proibições de fumar em espaços públicos; 3) colocar rótulos de advertência gráficos; 4) implementar embalagens simples de produtos do tabaco; 5) instituir campanhas nos meios de comunicação social contra o consumo de tabaco; 6) expandir e impor proibições à publicidade, promoção e patrocínio do tabaco; e 7) aumentar conselhos breves para parar de fumar em centros de cuidados primários (Artigo 14 da CQCT da OMS).

³ As YLD são “anos vividos em menos do que a saúde ideal... [Os YLD são] medidos tomando a prevalência de uma condição [doença] multiplicada pelo peso da deficiência para essa condição. O peso da deficiência reflecte a gravidade de diferentes condições”. Os YLLs são “calculados subtraindo a idade na morte da maior esperança de vida possível para uma pessoa com essa idade” DALYs “igualam a soma de YLLs e YLDs. Um DALY é igual a um ano perdido de vida saudável”. Fonte: DALYs: HIME. (2018). Perguntas mais frequentes. Retirado da <<http://www.healthdata.org/gbd/faq#What%20is%20a%20DALY?>>

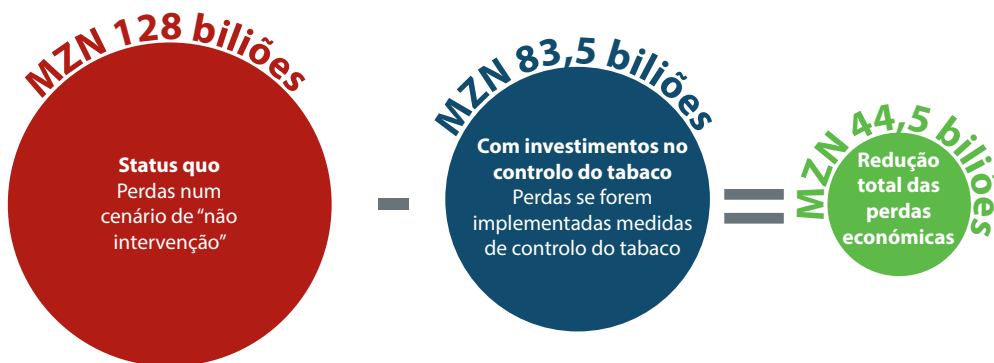
5.3 Benefícios para a saúde - vidas salvas

A implementação do pacote completo de medidas de controlo do tabaco (incluindo as sete medidas acima enumeradas) reduziria a prevalência do consumo de tabaco, levando a ganhos substanciais para a saúde agora e no futuro. Especificamente, a adopção do pacote reduziria a prevalência do tabagismo em 64% (em termos relativos) ao longo de 15 anos, salvando 53.400 vidas entre 2021–2035, ou seja, 3.600 vidas anualmente.

5.4 Benefícios económicos - custos evitados

A implementação do pacote de políticas de controlo do tabaco teria como resultado que Moçambique evitasse 35% das perdas económicas que se espera venham a ocorrer com o consumo de tabaco nos próximos 15 anos. A **Figura 6** ilustra até que ponto Moçambique pode reduzir as perdas económicas que se espera que venha a sofrer sob o status quo.

Fig. 6: Perdas económicas relacionadas com o tabaco ao longo de 15 anos, 2023-2037



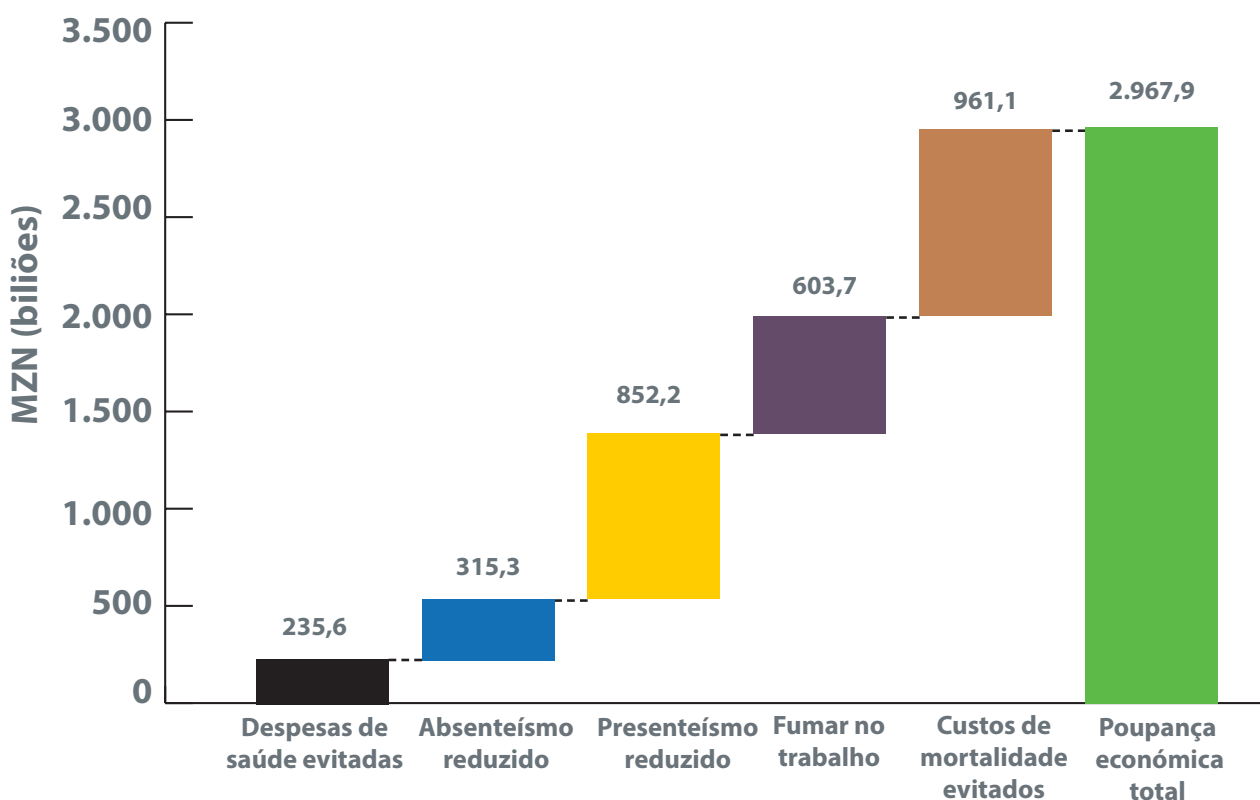
No total, ao longo de 15 anos, Moçambique pouparia cerca de 45 mil milhões de MZN que, de outra forma, se perderiam se o pacote de sete acções políticas-chave da CQCT da OMS não fosse implementado. Isto é equivalente a cerca de 3 biliões de MZN em perdas anuais evitadas.

Com a melhoria da saúde que resultaria da implementação da CQCT da OMS, menos indivíduos necessitariam de aceder a serviços de saúde devido a doenças relacionadas com o tabaco, resultando em poupanças directas de custos para o governo e para os cidadãos. A melhoria da saúde também conduz a um aumento da produtividade.

Menos pessoas em idade ativa deixam a força de trabalho prematuramente devido à morte. Os trabalhadores faltam menos dias ao trabalho (absentismo) e são menos prejudicados por complicações de saúde durante o trabalho (presenteísmo). Por último, uma vez que a prevalência do tabagismo diminuiu, são efectuadas menos pausas para fumar não autorizadas no local de trabalho e perde-se menos produtividade.

A **Figura 7** discrimina as fontes de onde provêm os custos anuais evitados com a implementação do pacote de sete acções políticas da CQCT da OMS. Os maiores custos anuais evitados resultam da redução da mortalidade atribuível ao tabaco (961 milhões de MZN). A segunda fonte mais elevada é a redução do presenteísmo (852 milhões de MZN), seguida da redução do número de pausas para fumar (604 milhões de MZN), redução do absentismo (315 milhões de MZN) e despesas de saúde evitadas (236 milhões de MZN).

Fig. 7: Fontes de custos económicos anuais evitados como resultado da implementação do pacote de políticas de controlo do tabaco



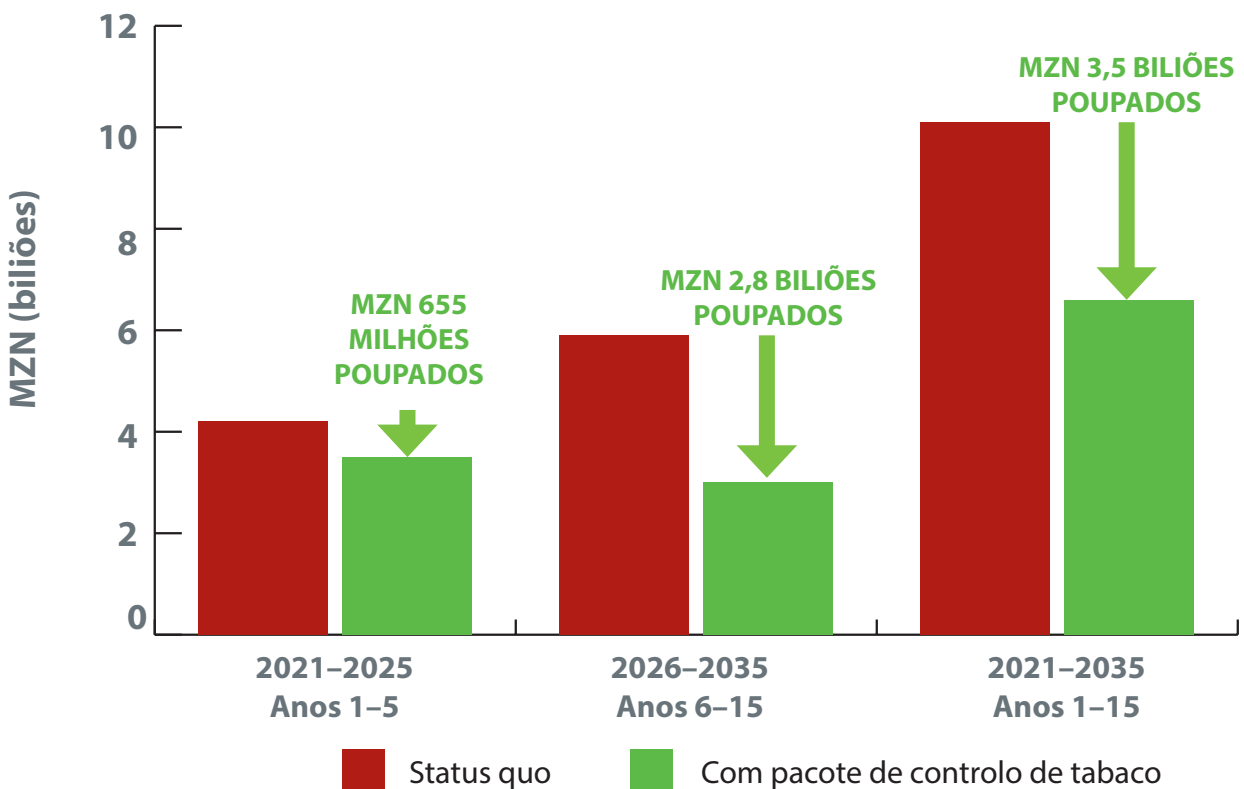
A implementação do pacote de sete acções políticas da CQCT da OMS examinadas neste caso de investimento reduzirá as despesas médicas, tanto para os cidadãos como para o Governo.

Atualmente, o total de despesas anuais com cuidados de saúde públicos e privados em Moçambique é de cerca de 72 mil milhões de meticais [35], dos quais 1,3 por cento (931 milhões de meticais) estão diretamente relacionados com o tratamento de doenças e enfermidades devidas ao consumo de tabaco [4]. A **Figura 8** compara o nível de custos de cuidados de saúde privados e públicos que seriam gastos se as acções políticas da CQCT da OMS fossem implementadas e num cenário de status quo. Ao longo do horizonte temporal de 15 anos da análise, o pacote de intervenções evita 3,5 mil milhões de MZN em despesas de saúde, ou 236 milhões de MZN anualmente.

Deste montante, 59 por cento das poupanças revertem a favor do Governo e 10 por cento a favor dos cidadãos individuais que teriam de pagar diretamente os cuidados de saúde. O restante da poupança vai para os seguros privados e outras fontes de despesas de saúde. Assim, só com a redução dos custos com os cuidados de saúde, o Governo poderá poupar cerca de 2,1 mil milhões de MZN ao longo de 15 anos.

Simultaneamente, o Governo reduziria com sucesso o peso das despesas de saúde que o tabaco impõe aos moçambicanos através de pagamentos directos, apoiando os esforços para reduzir as dificuldades económicas das famílias. Em vez de gastar em produtos de tabaco ou tratamento de saúde para doenças relacionadas com o tabaco, estas famílias seriam capazes de investir mais em nutrição, educação e outros factores produtivos para garantir um futuro melhor.

Fig. 8: Custos (e poupanças) dos cuidados de saúde privados e públicos num horizonte temporal de 15 anos, 2023-2037



5.5 O retorno do investimento

Embora os ganhos de saúde resultantes do reforço do controlo do tabaco em Moçambique sejam, por si só, suficientes para justificar o custo das intervenções, os ganhos económicos que também se irão acumular tornam ainda mais forte o argumento a favor da implementação da CQCT da OMS.

Considera-se que um investimento vale a pena de um ponto de vista económico se os ganhos obtidos superarem os custos. Uma análise do retorno do investimento (ROI) mede a eficiência dos investimentos em tabaco dividindo os benefícios económicos que são obtidos com a implementação dos investimentos de controlo do tabaco da CQCT pelos custos dos investimentos. No caso do investimento em Moçambique, o ROI de cada intervenção foi avaliado a curto prazo (período de cinco anos), para alinhar com os ciclos de planeamento e políticos, e a médio prazo (período de 15 anos), para alinhar com os ODS. O ROI mostra o retorno do investimento para cada intervenção, e para o pacote completo de medidas. Os benefícios totais são uma medida da qual se espera que as intervenções tenham o maior impacto.

A **Tabela 2** mostra os custos, benefícios e ROI por intervenção, bem como para todas as intervenções combinadas. Com excepção da formação de profissionais de saúde para darem conselhos breves para deixar de fumar (uma intervenção a nível individual com custos iniciais de pessoal mais elevados), as intervenções proporcionam um ROI superior a um nos primeiros cinco anos, o que significa que, mesmo a curto prazo, os benefícios da implementação das intervenções superam os custos. Dependendo da intervenção, durante os primeiros cinco anos, o Governo ganhará benefícios económicos em qualquer lugar de 0.1 a 45.6 vezes o seu investimento. Os ROI de cada intervenção continuam a crescer ao longo do tempo, reflectindo a crescente eficácia das medidas políticas à medida que estas passam das fases de planeamento e desenvolvimento, para a plena implementação.

Tabela 2: Retorno do investimento, por política/intervenção de controlo do tabaco (mil milhões de MZN) 7 em cinco (2023-2027) e 15 (2023-2037) anos

Retorno do investimento, por política/intervenção de controlo do tabaco	Os primeiros 5 anos (2021-2025)			Todos os 15 anos (2021-2035)		
	Custos totais (biliões)	Benefícios totais (biliões)	ROI	Custos totais (biliões)	Benefícios totais (biliões)	ROI
Pacote de Controlo do Tabaco* <i>(todas as políticas/intervenções implementadas simultaneamente)</i>	0,88	8,26	9,4	2,12	44,5	21
Aumentar os impostos sobre o cigarro (CQCT da OMS Art. 6)	0,06	2,62	45,6	0,12	17,9	145,7
Proteger as pessoas do fumo do tabaco (CQCT da OMS Art. 8)	0,15	1,41	9,7	0,30	9,7	32,5
Rótulos de advertência (CQCT da OMS Art. 11)	0,07	1,41	20,8	0,14	9,7	69,9
Embalagens simples (CQCT da OMS Art. 11 & 13)	0,07	0,48	7	0,14	3,3	24
Campanhas nos meios de comunicação (CQCT da OMS Art. 12)	0,13	1,78	13,2	0,32	12,2	37,7
Proibições de Publicidade, Promoção e Patrocínio (CQCT da OMS Art. 13)	0,07	2,67	38,5	0,15	17,9	121,8
Cessação: Breve conselho para parar (CQCT da OMS Art. 14)	0,25	0,02	0,1	0,74	0,5	0,6

* O impacto combinado de todas as intervenções não é a soma de intervenções individuais. Para avaliar o impacto combinado das intervenções, na sequência do Levy e dos colegas (2018), "os tamanhos de efeito [são aplicados] como reduções relativas constantes; ou seja, para as políticas i e j com tamanhos de efeito PRi e PRj, $(1-PR\ ii) \times (1-PR\ j)$ [é] aplicado à prevalência actual do tabagismo [37]. Os custos da embalagem do tabaco incluem os custos das políticas examinadas, bem como os custos programáticos para implementar e supervisionar um programa abrangente de controlo do tabaco.

Ao longo do período de 15 anos, espera-se que o aumento dos impostos tenha o maior retorno sobre o investimento (146:1).⁴ Espera-se que a promulgação e a aplicação de uma proibição abrangente de todas as formas de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco tenham o segundo maior retorno sobre o investimento (122:1), seguidas da exigência de advertências gráficas sobre a saúde nas embalagens dos produtos do tabaco que descrevam os malefícios do consumo de tabaco (70: 1), a promoção e o reforço da sensibilização do público para as questões relacionadas com a luta antitabaco, incluindo os riscos para a saúde decorrentes do consumo de tabaco e do fumo do tabaco, a dependência e os benefícios da cessação (38:1), a criação de locais públicos e de trabalho sem fumo (33:1), a implementação de embalagens simples para os produtos do tabaco (24:1) e o aumento do aconselhamento breve para deixar de fumar para os utilizadores de tabaco em centros de cuidados primários (0. 6:1).

4 Arredondado para o número inteiro mais próximo

6. Exame de impactos adicionais: As receitas governamentais e os ODS

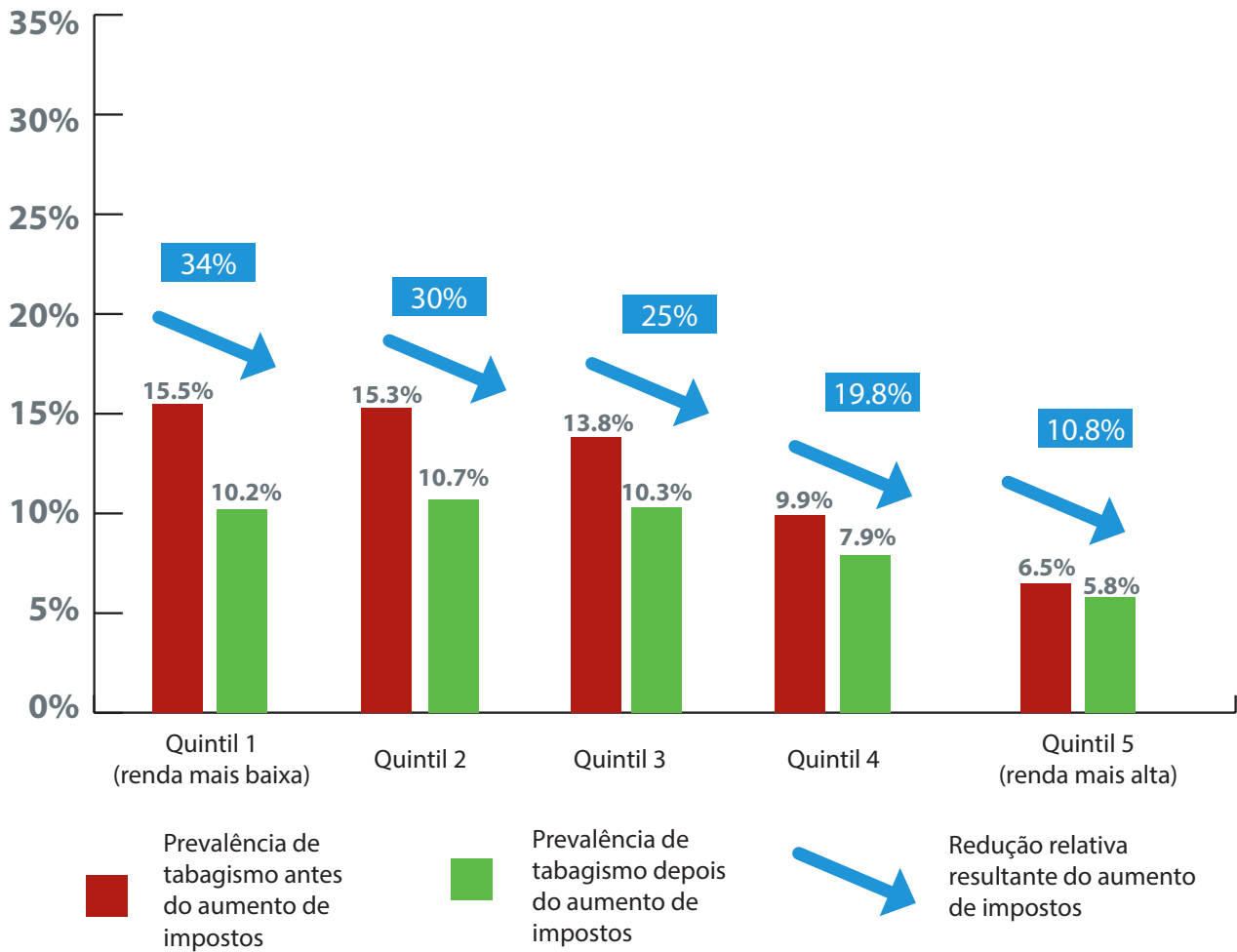
O caso de investimento efectua uma análise de equidade para examinar até que ponto um aumento do imposto sobre os cigarros pode ser considerado a favor dos pobres em Moçambique. Também examina as contribuições de uma implementação mais forte da CQCT da OMS para o cumprimento em Moçambique da Meta 3.4 dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável.

6.1 **Análise da equidade: benefícios para as populações com baixos rendimentos decorrentes do aumento dos impostos sobre os cigarros**

Uma falsa percepção comum é que os impostos sobre os produtos do tabaco podem ter um impacto desproporcionado nos fumadores mais desfavorecidos, uma vez que a carga fiscal representa uma proporção maior dos seus rendimentos do que a dos fumadores mais ricos. Contudo, há provas de que os pobres são os que mais beneficiam do aumento dos impostos sobre o tabaco [38]. Em relação aos fumadores mais ricos, os fumadores mais pobres têm mais probabilidades de deixar de fumar quando os impostos são aumentados [39], o que significa que beneficiam de reduções subsequentes dos problemas de saúde relacionados com o tabaco, e dos custos médicos resultantes. No Líbano [40], por exemplo, foi projectado um aumento de 50% nos preços dos cigarros para evitar 23.000 novos casos de pobreza ao longo de 50 anos, e esse mesmo nível de aumento foi encontrado para evitar 2 milhões de despesas catastróficas com a saúde na Índia, 440.000 no Bangladesh, e 250.000 no Vietname [41].

Para examinar em que medida um aumento do imposto sobre cigarros poderia ser considerado a favor dos mais desfavorecidos em Moçambique, o caso de investimento efectua uma análise de equidade. A análise divide a população de Moçambique em cinco grupos iguais, por rendimento, onde o quintil 1 é composto pelos 20% mais pobres, e o quintil 5 é composto pelos 20% mais ricos. Dentro de cada grupo de rendimento, a análise examina o impacto de um hipotético aumento de impostos que aumenta o preço médio do maço de cigarros em cerca de 95% (MZN 47, ou cerca de US\$0,65). Isto é representativo dos primeiros três anos de aumentos de impostos que são modelados no caso do investimento. As elasticidades médias da procura de um conjunto de países de baixo e médio rendimentos são utilizadas para avaliar a forma como diferentes grupos económicos reagem às alterações de preços.

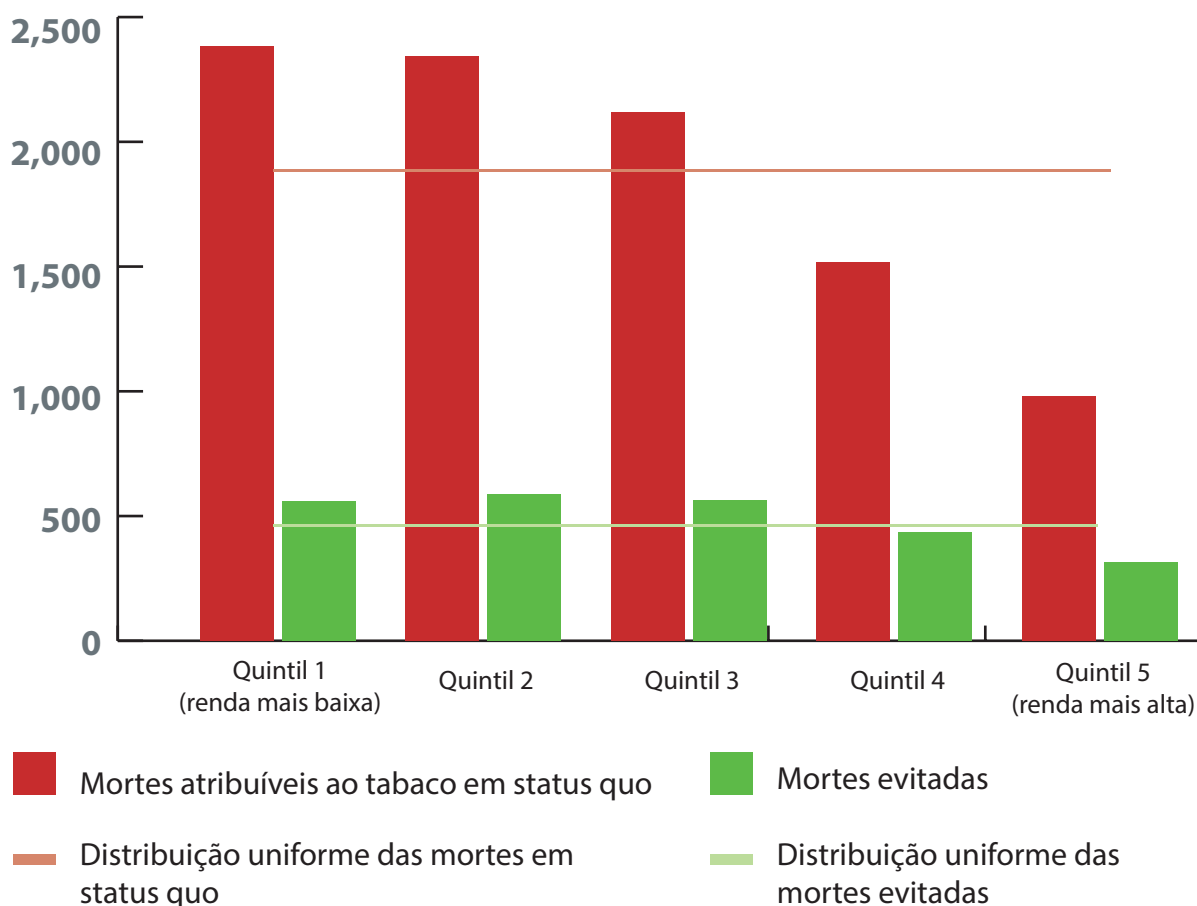
Fig. 9: Prevalência do tabagismo antes e depois do aumento do imposto sobre o tabaco, por quintil de rendimento



Os resultados da análise mostram que todos os quintis de rendimento reduzem o tabagismo em resposta às medidas fiscais mas, como as pessoas com rendimentos mais baixos são mais sensíveis às mudanças de preço, o aumento dos impostos provoca a maior queda na prevalência do tabagismo entre os quintis de rendimento mais pobres. A **Figura 9** mostra a prevalência do tabagismo em cada quintil de rendimento antes e depois do aumento dos impostos, bem como a mudança relativa na prevalência do tabagismo.

Os quintis de rendimento mais pobres sofrem desproporcionalmente com o peso actual das mortes atribuíveis ao tabaco devido à sua maior prevalência de tabagismo. Das mais de 9.300 mortes atribuíveis ao tabaco previstas durante três anos se os impostos se mantiverem inalterados, 51% ocorreriam entre os 40% mais pobres da população (quintis 1 e 2). Contudo, como o aumento dos impostos faz com que a prevalência do tabagismo caia mais nos dois quintis mais pobres, os benefícios para a saúde revertem de forma desproporcionada para os pobres. A análise de equidade conclui que quase metade (47%) das mais de 2.400 mortes que seriam evitadas durante os primeiros três anos de aumentos de impostos modelados no caso de investimento estariam entre os 40% mais pobres da população, como mostra a **Figura 10**.⁵

Fig. 10: Status quo mortes e mortes evitadas por aumento de impostos, por quintil de rendimento



5 A linha horizontal púrpura escura mostra qual seria o número de mortes em status quo se fossem distribuídas uniformemente entre os quintis, e a linha azul demonstra o número de mortes evitadas se fossem distribuídas uniformemente entre os quintis.

6.2 Os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável e a CQCT da OMS

A implementação do pacote de sete acções políticas da CQCT da OMS ajudará Moçambique a cumprir a Meta 3.a dos ODS para reforçar a implementação da CQCT da OMS. Além disso, actuar agora contribuirá para os esforços de Moçambique para cumprir a Meta 3.4 dos ODS de reduzir em um terço a mortalidade prematura por DNTs até 2030.

Em Moçambique, em 2019, mais de 31 300 mortes prematuras entre os 30 e os 70 anos de idade foram causadas pelas quatro principais DNT (doenças cardiovasculares, diabetes, cancro e doenças respiratórias crónicas) [42]. Cerca de doze por cento dessas mortes prematuras ocorreram devido ao consumo de tabaco [42]. A implementação do pacote de sete acções políticas da CQCT da OMS reduziria a prevalência do consumo de tabaco - um fator de risco fundamental que impulsiona a incidência de DNT - evitando 11.575 mortes prematuras causadas pelas quatro principais DNT nos próximos 10 anos. A CQCT da OMS é um acelerador do desenvolvimento sustentável e a sua implementação beneficiará a concretização de muitos ODS, incluindo os que não se inserem no domínio da saúde e do bem-estar [47]. Por exemplo, um controlo mais rigoroso do tabaco contribuirá para a redução da pobreza e das desigualdades (ODS 1 e 10, respectivamente) e para o crescimento económico (ODS 8).

Até 2030, as medidas da CQCT da OMS:



SDG Target 3.4

Reduzir a prevalência do consumo de tabaco em 62% em relação aos níveis actuais.

Reduzir os custos económicos devidos ao consumo de tabaco em 20 mil milhões de MZN, incluindo uma poupança de 0,9 mil milhões de MZN em despesas de saúde.

Conduzir a poupanças (20 mil milhões de MZN) que ultrapassam significativamente os custos (1,4 mil milhões de MZN) de implementação e aplicação, com um retorno global do investimento de 15:1.

7. Conclusão e recomendações

Cada ano, o consumo de tabaco custa 11,7 biliões de MZN em perdas económicas e provoca perdas substanciais de desenvolvimento humano. Felizmente, o caso do investimento mostra que existe uma oportunidade de reduzir a carga social e económica do tabaco em Moçambique. A promulgação das disposições multisectoriais recomendadas para o controlo do tabaco pouparia 3.600 vidas por ano e reduziria a incidência de doenças, levando a poupanças de custos médicos evitados e a perdas de produtividade impedidas. Em termos económicos, estes benefícios são substanciais, somando MZN 45 biliões ao longo dos próximos 15 anos. Além disso, os benefícios económicos do reforço do controlo do tabaco em Moçambique superam em muito os custos de implementação (45 biliões de MZN em benefícios contra apenas 2,1 biliões de MZN em custos).

Ao investir agora nas sete medidas comprovadas de controlo do tabagismo modeladas neste caso de investimento, Moçambique não só reduziria o consumo de tabaco, melhoraria a saúde e aumentaria a economia, mas também reduziria os gastos do Governo com a saúde em MZN 2,1 biliões em 15 anos e as dificuldades entre os moçambicanos.

Muitos países reinvestem as poupanças das despesas de saúde evitadas e das receitas provenientes do aumento dos impostos sobre o tabaco nas prioridades de desenvolvimento nacional, como a proteção social, incluindo a cobertura universal de saúde, e outras medidas de protecção social, bem como nos esforços de resposta e recuperação da COVID-19.

Com base nas conclusões deste caso de investimento, recomendam-se as seguintes acções-chave para Moçambique a serem prosseguidas em simultâneo:



Photo: © World Bank via Flickr

1

Comprometer-se a aplicar plenamente a CQCT da OMS e investir no reforço das acções políticas da CQCT da OMS modeladas neste caso de investimento.

Como Parte da CQCT da OMS, Moçambique comprometeu-se a implementar integralmente a Convenção. A CQCT da OMS é um tratado baseado em evidências que estabelece um plano claro de acção para proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e económicas do consumo de tabaco e da exposição ao fumo do tabaco. Moçambique é encorajado a comprometer-se a implementar plenamente o tratado, com foco nas recomendações feitas às Partes na Estratégia Global para Acelerar o Controlo do Tabaco: Promover o Desenvolvimento Sustentável através da Implementação da CQCT 2019-2025 da OMS, nas directrizes de implementação relevantes da CQCT da OMS e neste caso de investimento. Através do projeto CQCT 2030, o projecto emblemático do Secretariado da CQCT da OMS de ajuda ao desenvolvimento, Moçambique está a receber apoio para tomar medidas políticas com vista à plena implementação do tratado. Como país do projeto FCTC 2030, Moçambique está a aceder a recursos técnicos e financeiros, incluindo apoio intensivo do Secretariado da CQCT da OMS, da OMS e do PNUD.

2

Reforçar as estruturas fiscais do tabaco e aumentar as taxas de imposto. (Artigo 6 da CQCT da OMS).

Moçambique é encorajado a aumentar substancialmente os impostos do preço de retalho do tabaco, de acordo com as recomendações feitas nas directrizes de implementação da OMS para o Artigo 6 e pela OMS no seu Manual Técnico sobre a Administração Fiscal do Tabaco.

Em particular, a OMS recomenda que se aumente substancialmente a parte total do imposto sobre o preço de retalho do tabaco para atingir ou exceder 75 por cento do preço de retalho (considerado no Relatório da OMS sobre a Epidemia do Tabaco como um nível elevado de realização). O caso de investimento demonstrou que, a curto prazo, até ao ano 5, Moçambique pode esperar um retorno do investimento de 46:1 com o aumento do imposto sobre os cigarros, com este retorno já substancial a crescer para 146:1 no ano 15. Este é o maior retorno sobre o investimento de todas as medidas analisadas. Para além de salvar vidas e evitar custos substanciais de cuidados de saúde e perdas de produtividade, o aumento dos impostos sobre os cigarros para 75 por cento do preço de retalho poderia gerar receitas adicionais significativas para o Governo. Isto permitiria a Moçambique fortalecer a cobertura universal de saúde, outras medidas de protecção social, bem como investimentos mais amplos em saúde e desenvolvimento, particularmente no contexto da resposta e recuperação da COVID-19.

O caso de investimento demonstra ainda que são, de facto, os Moçambicanos mais pobres que mais beneficiariam dos aumentos nos impostos sobre os cigarros. Em linha com o compromisso de não deixar ninguém para trás, a análise de equidade conclui que quase metade (47 por cento) das mais de 2.400 mortes que seriam evitadas durante os primeiros três anos de aumentos de impostos modelados no caso de investimento estariam entre os 40 por cento mais pobres da população. O caso de investimento modelou apenas os ganhos potenciais do aumento dos impostos sobre os cigarros, e não sobre todos os produtos do tabaco, o que significa que se Moçambique adoptasse uma abordagem ainda mais abrangente à tributação, haveria benefícios económicos e de saúde ainda maiores.

Recomenda-se que Moçambique tome medidas imediatas para reforçar os impostos sobre todos os produtos do tabaco (incluindo narguilé, tabaco sem fumo e produtos do tabaco novos e emergentes) em conformidade com o Artigo 6 da CQCT da OMS e as suas directrizes, e com o Manual Técnico da OMS sobre a Administração da Política Fiscal sobre o Tabaco [45].

Moçambique deve transmitir os benefícios multidimensionais da tributação do tabaco a todas as partes interessadas, apoiar os produtores de tabaco a envolverem-se em actividades económicas ou culturas alternativas, e assegurar um sistema sólido para eliminar o comércio ilícito de produtos do tabaco, em conformidade com o Protocolo. Estão disponíveis orientações e apoio sobre quadros de governação, estruturas fiscais, monitoria, administração e medidas complementares [45].

Há provas claras de que o aumento dos preços dos cigarros através do aumento dos impostos é uma medida altamente eficaz para reduzir o tabagismo entre os jovens, os jovens adultos e as pessoas de comunidades socioeconómicas mais desfavorecidas. Aumentar o preço do tabaco trará benefícios para estas populações vulneráveis.



Tomar medidas para reforçar, aplicar e fazer cumprir as outras seis acções políticas fundamentais da CQCT da OMS neste caso de investimento.

O caso de investimento mostrou os benefícios económicos e de saúde do reforço da implementação das medidas modeladas da CQCT da OMS. Assim, para além de aumentar os impostos sobre o tabaco, recomenda-se a Moçambique que tome medidas imediatas para implementar o seguinte:

- tornar todos os locais públicos e locais de trabalho livres de fumo, eliminando as isenções e acabando com o uso de áreas interiores designadas para fumadores, de acordo com o Artigo 8 da CQCT da OMS e as suas directrizes de implementação;

- considerar a aplicação de embalagens simples para reduzir a atratividade dos produtos do tabaco e tornar as advertências sanitárias mais proeminentes, em conformidade com as directrizes da CQCT da OMS para a aplicação do artigo 11 e as directrizes da CQCT da OMS para a aplicação do artigo 13;
- proibir de forma exhaustiva todas as formas de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco, alinhando-se plenamente com a CQCT da OMS e as directrizes da CQCT da OMS para a aplicação do artigo 13;
- promover a cessação do consumo de tabaco e o tratamento da dependência do tabaco, formando os profissionais da saúde para que prestem conselhos breves para abandonar o consumo de tabaco, em conformidade com o artigo 14 da CQCT da OMS e as suas directrizes de aplicação;
- promover e reforçar a sensibilização do público para as questões relativas à luta antitabaco, incluindo os riscos para a saúde decorrentes do consumo e do fumo do tabaco, a dependência e os benefícios da cessação, em conformidade com o artigo 12 da CQCT da OMS; e
- exigir advertências sanitárias gráficas nas embalagens dos produtos do tabaco que descrevam os malefícios do consumo de tabaco, em conformidade com o artigo 11 da CQCT da OMS.

4

Desenvolver uma estratégia nacional e multisectorial de controlo do tabaco (n.º 1 do artigo 5 da CQCT da OMS) e reforçar a coordenação multisectorial para o controlo do tabaco, juntamente com a participação da sociedade civil na aplicação da CQCT da OMS. (N.º 2, alínea a), do artigo 5 e n.º 7 do artigo 4 da CQCT da OMS).

Os benefícios sociais e económicos de um controlo mais rigoroso do tabaco demonstrados no estudo de investimento, incluindo os benefícios para a economia e os avanços no sentido dos ODS, tornam claro que uma estratégia multisectorial de controlo do tabaco é do interesse nacional e que vários sectores, não apenas a saúde, beneficiariam.

Os principais intervenientes em Moçambique no que diz respeito ao controlo, produção e regulamentação do tabaco, incluindo os cinco ministérios designados no Decreto n.º 11/2007 (Saúde, Indústria e Comércio, Agricultura, Finanças e Interior), poderiam formar uma equipa central para avançar com a elaboração da estratégia de controlo do tabaco, garantindo apoio de alto nível e trazendo outras partes interessadas de acordo com as orientações disponíveis [43].

O caso de investimento poderia informar a lógica e a visão da estratégia, e as prioridades modeladas no caso poderiam ser a base para o plano de acção da estratégia. Além disso, uma estratégia

nacional multisectorial de controlo do tabaco poderia delinear o alinhamento dos esforços de controlo do tabaco com outros planos de saúde e desenvolvimento, incluindo estratégias sectoriais específicas e planeamento do desenvolvimento nacional. Moçambique deveria incluir objectivos concretos de controlo do tabaco no novo Plano Estratégico Quinquenal para o Sector da Saúde, por exemplo, e explorar oportunidades semelhantes em todos os ministérios (por exemplo, com o Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano, bem como com o Ministério do Género, Criança e Assistência Social).

As organizações da sociedade civil são também intervenientes-chave no controlo do tabaco em Moçambique. De acordo com o Artigo 4.7 da CQCT da OMS, a participação da sociedade civil é essencial para alcançar o objectivo da Convenção e dos seus protocolos. Os grupos da sociedade civil em Moçambique poderiam apoiar a advocacia e a construção da conformidade e encorajar uma opinião pública positiva sobre as medidas de controlo do tabaco. A adopção de uma estratégia nacional de controlo do tabaco também ajudaria a formalizar o envolvimento de todos os intervenientes relevantes e a clarificar os seus papéis e responsabilidades. Facilitaria a atividade do grupo de trabalho multisectorial sob a tutela do Ministério da Saúde, reforçando o seu mandato e capacidade de coordenação. Moçambique deve considerar a possibilidade de reforçar e assegurar o funcionamento eficaz e sustentável de um mecanismo de coordenação nacional para o controlo do tabaco, de acordo com as orientações disponíveis, com base no grupo de trabalho existente e tendo em conta os benefícios multisectoriais delineados neste caso de investimento [44].

Em Moçambique, a primeira causa de morte atribuível ao tabaco não é uma DNT, mas sim a tuberculose, uma doença infecciosa. Existem, portanto, oportunidades para reforçar a eficiência entre o controlo do tabaco e as respostas às doenças infecciosas. Ao avançar com a implementação da CQCT da OMS, Moçambique é encorajado a considerar o impacto desta abordagem nas cargas nacionais de tuberculose, bem como nas interações com o VIH, e a consultar o PNUD e o Secretariado da CQCT da OMS, para orientação dos decisores políticos e gestores de programas sobre a integração do controlo do tabaco, incluindo o apoio à cessação, em políticas e programas para abordar as doenças infecciosas. Por exemplo, é provável que existam eficiências em termos de custos na integração dos serviços de cessação do tabagismo modelados neste caso de investimento na infraestrutura existente de prestação de serviços às doenças infecciosas, em conformidade com as orientações disponíveis [1].

5

Aplicar medidas para proteger as políticas de saúde pública contra os interesses comerciais e outros interesses instalados da indústria do tabaco. (Artigo 5.3 da CQCT da OMS).

Recomenda-se que Moçambique tome medidas para proteger as políticas de saúde pública do país contra os interesses comerciais e outros interesses da indústria do tabaco. Uma resolução feita pela Assembleia Mundial da Saúde em 2001, citando as conclusões do Comité de Peritos em Documentos da Indústria do Tabaco, afirma que “a indústria do tabaco tem operado durante anos com a intenção expressa de subverter o papel dos Governos e da OMS na implementação de políticas de saúde pública para combater a epidemia do tabaco” [56].

O Preâmbulo da FCTC da OMS reconhece que as Partes “precisam de estar atentas a quaisquer esforços da indústria do tabaco para minar ou subverter os esforços de controlo do tabaco e a necessidade de serem informadas das actividades da indústria do tabaco que tenham um impacto negativo nos esforços de controlo do tabaco”. A CQCT da OMS inclui uma obrigação específica de que “ao estabelecer e implementar as suas políticas de saúde pública no que respeita ao controlo do tabaco, as Partes devem agir de modo a proteger essas políticas dos interesses comerciais e outros interesses da indústria do tabaco, em conformidade com a legislação nacional”. O relatório de progresso global de 2021 sobre a implementação da Convenção-Quadro da OMS para a Luta Antitabaco referiu que a barreira mais frequentemente mencionada para a implementação da Convenção pelas Partes é a interferência da indústria do tabaco, incluindo as indústrias que produzem produtos de tabaco novos e emergentes e produtos de nicotina [57].

Moçambique é encorajado a rever as políticas e a legislação actuais à luz das Directrizes de Implementação do Artigo 5.3 da CQCT da OMS [58] e, em seguida, a colmatar as lacunas pendentes através da implementação das recomendações feitas nessas directrizes. Deve também ser dada atenção à necessidade de garantir a coerência entre as políticas adoptadas pelo Governo para dar prioridade à saúde pública e à implementação da CQCT da OMS.

6

Tornar-se Parte e aplicar integralmente o Protocolo para Eliminar o comércio ilícito de produtos do tabaco, nomeadamente reforçando as capacidades de combate contra o comércio ilícito. (Protocolo e artigo 15 da CQCT da OMS).

Embora o comércio ilícito seja um desafio significativo em Moçambique, o país ainda não é Parte do Protocolo para a Eliminação do Comércio Ilícito de Produtos do Tabaco. Moçambique beneficiaria da adesão ao Protocolo, o que representaria um passo fundamental nos esforços do país para eliminar o problema do tabaco ilícito. As principais disposições de que Moçambique beneficiaria incluem:

- exigir que os produtos do tabaco incluam uma declaração que indique o destino final do produto, como “vendas permitidas apenas em Moçambique”;
- permitir o confisco de receitas provenientes da venda de produtos de tabaco ilícitos; e
- comunicação das conclusões dos dados de controlo e avaliação sobre o comércio ilícito de produtos do tabaco em Moçambique e partilha com os países da região.

7

Apoiar os produtores de tabaco para que se dediquem a actividades ou culturas económicas alternativas. (Artigos 17º e 18º da CQCT da OMS).

Este caso de investimento centrou-se no consumo de tabaco, mas a produção de tabaco continua a ser um problema em Moçambique e em todo o mundo, particularmente para os produtores de tabaco que frequentemente adoecem devido ao manuseamento das folhas de tabaco (i.e. ‘Doença do Tabaco Verde’) e são vítimas de contratos de exploração com a indústria do tabaco. Além disso, a produção de tabaco inflige uma série de danos ambientais incluindo a degradação da terra, bem como a poluição da água e do solo [46], [47].

O cultivo do tabaco em Moçambique é lucrativo e muitas famílias que se dedicam à agricultura optam por cultivar o tabaco em vez de outras culturas, o que permite à indústria do tabaco manter uma maior presença na economia nacional e no mercado de trabalho. A maioria das médias e pequenas explorações agrícolas que produzem o tabaco vendem cerca de 100 por cento da sua colheita [31]. Essa alta taxa de vendas se deve à forte demanda do mercado e a uma cadeia logística/fornecimento superior cultivada pela indústria do tabaco.

A fim de apoiar os produtores de tabaco na exploração de meios de subsistência alternativos, Moçambique, liderado pelos seus Ministérios da Agricultura e da Saúde, poderia, por exemplo, aumentar a sensibilização dos produtores de tabaco para outras culturas rentáveis que estão a ser cultivadas nas suas respectivas regiões, garantir o acesso à ajuda financeira, incluindo o acesso a pequenos empréstimos, dar formação e sensibilização personalizadas aos agricultores e às suas famílias, alavancando o apoio internacional disponível e reforçando as cadeias de abastecimento e de valor para culturas alternativas. Através de investimentos direccionados nos mercados de culturas não tabágicas para melhorar as infra-estruturas comerciais e da cadeia de abastecimento, Moçambique poderia criar condições igualmente favoráveis para a produção e venda de culturas não tabágicas, criando assim incentivos para que os produtores de tabaco mudem para culturas mais saudáveis, mais lucrativas e ambientalmente mais sustentáveis.

O Ministério da Agricultura, juntamente com outros ministérios e organizações relevantes, poderia explorar a expansão de programas testados, como o projecto de multiplicação de sementes para capacitar os pequenos Agricultores Comerciais (SM4ESCF) que foi implementado na província da Zambézia de Março de 2016 e Janeiro de 2019.



Identificar oportunidades para aliar a aplicação da CQCT da OMS com estratégias mais alargadas de desenvolvimento sustentável em Moçambique.

Com os vastos custos de saúde, económicos, sociais e ambientais do tabaco, o caso é claro: a implementação da CQCT da OMS é um meio poderoso para Moçambique melhorar a vida de todos os cidadãos, alcançar os ODS e melhorar as condições e o futuro do País.

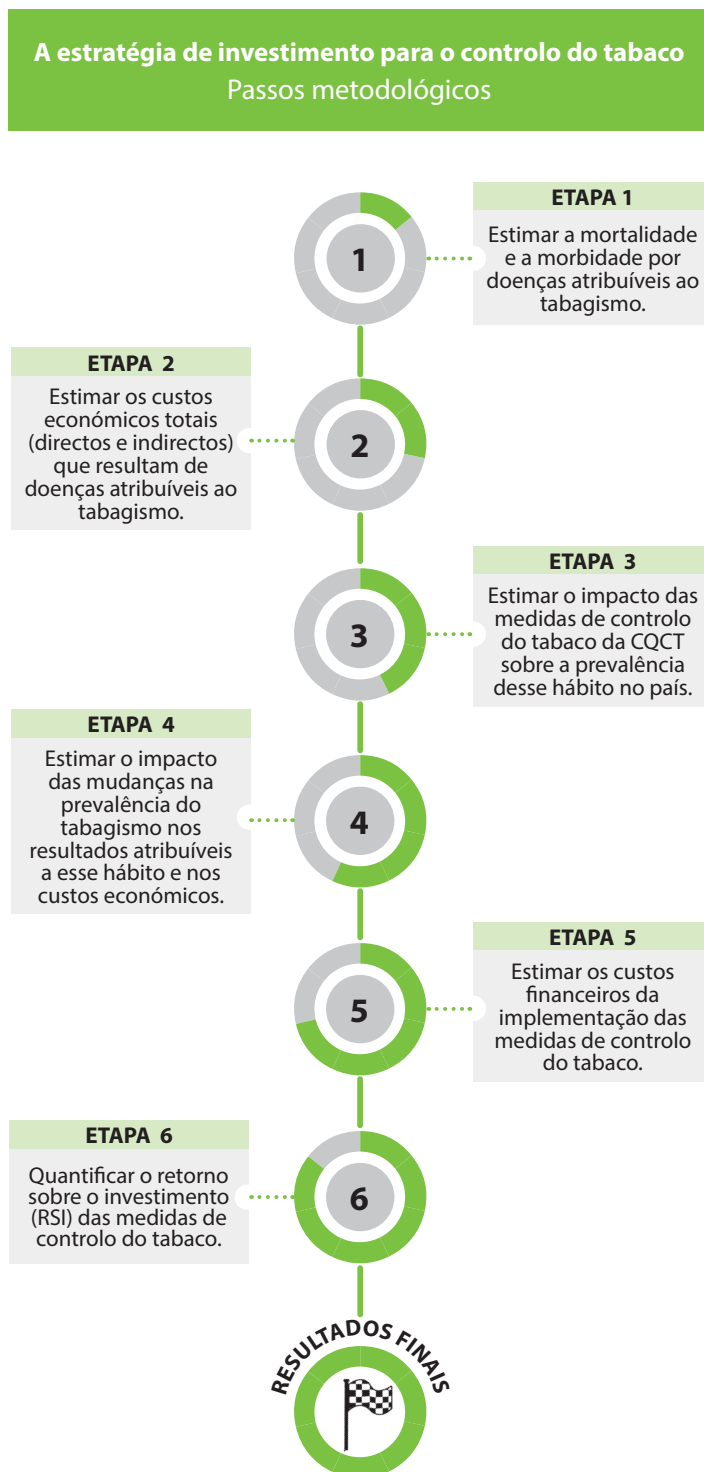
Todos os sectores têm um papel a desempenhar no combate ao consumo de tabaco e os benefícios da plena implementação da CQCT da OMS enriquecerão todos os aspectos da vida em Moçambique. O Governo de Moçambique deve dar prioridade à implementação da CQCT da OMS nas estratégias de desenvolvimento sustentável.

Metodologia - anexo

A1.1 Visão geral

A análise económica é constituída por duas componentes: 1) avaliar o peso actual do consumo de tabaco e 2) examinar em que medida as disposições da CQCT podem reduzir o peso. As duas primeiras etapas metodológicas descritas na **Figura A1** são utilizadas para avaliar o actual peso do consumo de tabaco, enquanto as etapas metodológicas 3-6 avaliam o impacto, custos e benefícios da implementação ou intensificação das disposições da CQCT para reduzir a procura de tabaco. Os instrumentos e métodos utilizados para realizar estas etapas metodológicas são descritos em pormenor a seguir.

Fig. A1: Passos no caso do investimento



A1.2 COMPONENTE UM: PESO ACTUAL

A componente do modelo de encargos actuais fornece um retrato da actual carga económica e de saúde do consumo de tabaco em Moçambique.



ETAPA 1

Estimar a mortalidade e morbilidade devido a doenças relacionadas com o tabaco.

O modelo de caso de investimento é preenchido com dados específicos de cada país sobre mortalidade e morbilidade atribuíveis ao tabaco do Global Burden of Disease Study (GBD) de 2019 [3], [47]. O estudo estima a medida em que o tabagismo e a exposição ao fumo passivo contribuem para a incidência de 37 doenças, anos de vida saudável perdidos, e mortes, em 195 países.



ETAPA 2

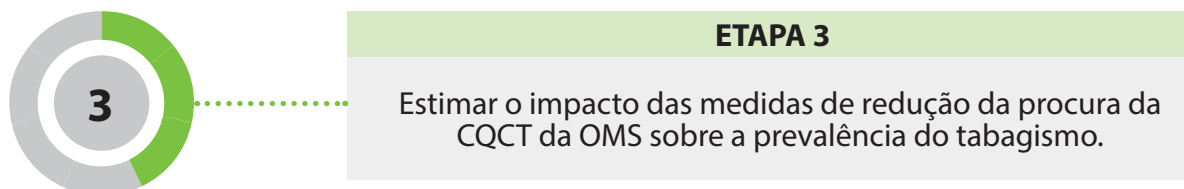
Estimar os custos económicos totais (custos directos e indirectos) associados às doenças relacionadas com o tabaco.

Em seguida, o modelo estima os custos económicos totais de doenças⁶ e mortes causadas pelo consumo de tabaco, incluindo tanto os custos directos como os indirectos. Os custos directos referem-se às despesas de saúde imputáveis ao tabaco. Os custos directos referem-se ao valor de vidas perdidas devido à mortalidade prematura atribuível ao tabaco, e perdas de produtividade da força de trabalho: absentismo, presenteeísmo, e pausas em excesso devido ao tabagismo.

Custos directos — Os custos directos incluem as despesas públicas atribuíveis ao tabaco (pagas pelo governo), privadas (seguros, gastos individuais próprios), e outras despesas de saúde. A proporção dos custos de saúde atribuíveis ao tabagismo foi obtida de Goodchild et al. (2018), que estimam a fracção atribuível ao tabagismo (SAF) das despesas de saúde para a maioria dos países, embora não para Moçambique [4]. O caso de investimento utiliza a fracção média atribuível ao tabagismo das despesas de saúde dos países africanos de baixo rendimento para os quais existem estimativas disponíveis no documento de Goodchild; isso resulta em 1,3%. Para calcular a percentagem das despesas de saúde atribuíveis ao tabagismo suportadas por entidades públicas, mortalidade e outros resultados [51], [52].

⁶ Ao avaliar o peso actual do consumo de tabaco, os custos económicos da mortalidade prematura incluem o custo das mortes prematuras devidas a qualquer forma de exposição ao tabaco (incluindo o fumo, a exposição ao fumo passivo, e o uso de outros tipos de produtos do tabaco). Apenas os custos imputáveis (não imputáveis ao tabaco) são calculados para despesas de saúde, absentismo, presenteeísmo e pausas para fumar. Embora outras formas de tabaco também possam causar perdas nestas categorias, não existem dados disponíveis que permitam identificar essas perdas.

No caso do investimento, a mortalidade e morbidade, bem como os custos económicos que são calculados no cenário de intervenção são comparados com o cenário de status quo, a fim de determinar em que medida as medidas de controlo do tabaco podem reduzir os custos económicos e de saúde.



A selecção das medidas prioritárias da CQCT da OMS modeladas no âmbito do caso de investimento alinha-se com a Estratégia Global para Acelerar o Controlo do Tabaco desenvolvida na sequência de uma decisão na Sétima Sessão da Conferência das Partes (COP7) da CQCT da OMS. No âmbito do Objectivo 1.1 da Estratégia, as Partes procuram acelerar a implementação da CQCT da OMS, estabelecendo prioridades claras onde é provável que tenham o maior impacto na redução do consumo de tabaco. Isso inclui a implementação prioritária de medidas de preços e impostos (Artigo 6) e de medidas calendarizadas da Convenção, incluindo proibições de fumar em todos os locais públicos (Artigo 8), advertências de saúde e embalagens de tabaco simples (Artigo 11 e Artigo 13), e proibições abrangentes da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco (Artigo 13). Além disso, dada a importância da sensibilização na mudança de comportamento e na formação de normas culturais, os casos de investimento incluem a instituição de campanhas nos meios de comunicação de massas contra o consumo de tabaco (Artigo 12). O impacto da aplicação das leis antitabaco, da implementação de embalagens simples, da intensificação das proibições de publicidade, e da realização de campanhas nos meios de comunicação de massas derivam de Levy et al. (2018) [37] e Chipty (2016)[53], conforme adaptado no Resumo do Uso do Tabaco do Apêndice 3 do Plano de Acção Global DCN 2013–2020 da OMS [54], e ajustado com base nas avaliações das taxas de base de implementação de Moçambique. Com excepção dos impostos —cujo impacto depende do calendário dos aumentos das taxas de imposto (descritos abaixo) —o impacto total das medidas é faseado ao longo de um período de cinco anos. O período de introdução progressiva segue os pressupostos da OMS [55] de que são necessários dois anos de planeamento e desenvolvimento antes de as políticas estarem em vigor, seguidos de três anos de implementação parcial que reflectem o tempo necessário para implementar as políticas, e trabalhar até à plena implementação e aplicação.

A1.3 COMPONENTE DOIS: CENÁRIOS DE POLÍTICA/ INTERVENÇÃO

Esta componente estima os efeitos das medidas de controlo do tabaco da CQCT da OMS na mortalidade e morbilidade, bem como nos custos económicos totais (directos e indirectos) associados ao consumo de tabaco.

Impostos sobre o tabaco. O impacto do aumento dos impostos sobre os cigarros nas receitas e prevalência do consumo de cigarros foi estimado utilizando uma ferramenta baseada em Excel desenvolvida para analisar o impacto dos aumentos de impostos numa coorte fixa da população. A ferramenta é preenchida com dados, nomeadamente sobre a prevalência actual do consumo de cigarros, a estrutura fiscal e as taxas de imposto aplicadas, os preços dos cigarros, as elasticidades da projecções de inflação e rendimento (ver **Tabela A1**).

Tabela A1: Parâmetros-chave utilizados na análise das receitas fiscais

Nome do parâmetro	Valor	Fonte
Elasticidade do preço da procura	-0,5	[44]
Prevalência da elasticidade da procura	-0,25	Assunção - metade da elasticidade dos preços [57]
Elasticidade dos preços de rendimento da procura	0,32	[58]
Prevalência da elasticidade da procura de rendimentos	0,16	Assunção - metade da elasticidade dos preços dos rendimentos
Taxa de crescimento do rendimento real projectado *	4,8%	[59]

* O crescimento projectado do rendimento real é utilizado como um substituto para o crescimento dos salários. O Fundo Monetário Internacional projecta [59] um crescimento real do PIB a uma média anual de 4,8% até 2025.

A análise do caso de investimento examina um cenário de aumento de impostos em que Moçambique opta por decretar fortes aumentos de impostos. No cenário hipotético, a taxa do IVA permanece a mesma (20%), enquanto que o imposto específico sobre o consumo aumenta (em termos reais) de MZN 7 para MZN 47 em 2025. No cenário, o preço líquido de impostos permanece estático (passagem integral do aumento de impostos). O quadro A2 decompõe as componentes do preço dos maços de cigarros de 2021 a 2025 sob os aumentos específicos do imposto sobre consumos específicos descritos. Os impostos especiais de consumo específicos adicionais que provocam aumentos de preços reais de uma média anual de 9% são modelados de 2026 a 2035, elevando o imposto total para 75% no final da análise.

Tabela A2: Preço projectado do maço de cigarros no cenário de aumento de impostos (MZN)

Componente de preço	2021	2022	2023	2024	2025
Preço líquido de impostos	35,8	35,8	35,8	35,8	35,8
Imposto especial de consumo específico	7,0	7,0	13,8	29,4	47,0
Imposto sobre o valor acrescentado	7,2	7,2	9,6	13,4	18,2
Preço final ao consumidor	50,0	50,0	57,9	76,3	96,8

* As partes componentes não podem ser somadas ao preço final ao consumidor devido ao arredondamento subjacente

O impacto destes aumentos nas receitas e na prevalência do consumo de cigarros depende das elasticidades prevaletentes: a medida em que os indivíduos mudam o uso de um produto (por exemplo, diminuem o consumo ou desistem) devido a alterações no preço de um produto do tabaco. As alterações são calculadas na sequência de Joosens e colegas (2009)[60], que utilizam uma função de registo para assegurar que grandes aumentos de preços não resultem em reduções implausíveis no consumo ou na prevalência. Abaixo, a **Equação A1** fornece um exemplo de cálculos para determinar o impacto de uma alteração no preço na prevalência do tabagismo, considerando as alterações no rendimento.

Equação A1.

$$\Delta SP_i = SP_{i-1} * ((EXP(\epsilon_p * LN(op_{np}))) - 1) - \left[\frac{1 + \epsilon_i \left(\frac{GDP_2 - GDP_1}{GDP_2 + GDP_1} \right)}{1 - \epsilon_i \left(\frac{GDP_2 - GDP_1}{GDP_2 + GDP_1} \right)} \right]$$

Onde:

SP = prevalência do tabagismo (nº de fumadores) no ano i

ϵ_p = elasticidade de prevalência

Op_{np} = o rácio entre o preço antigo de um maço de cigarros e o novo preço após o aumento dos impostos

ϵ_i = elasticidade do rendimento

GDP = Produto interno bruto no ano (utilizado como indicador para o crescimento dos salários)

Há várias limitações à análise fiscal. Primeiro, o instrumento fiscal assume que o preço e a estrutura fiscal da marca de cigarros mais vendida é representativa do mercado, e não incorpora outros segmentos de mercado (cigarros de alta ou baixa gama). Os modelos mais detalhados, que são responsáveis pela mudança entre segmentos ou entre produtos (por exemplo, movimento para

cigarros enrolados à mão), captariam nuances úteis para enquadrar a política fiscal do tabaco e estimar o impacto. Em segundo lugar, a análise pressupõe uma passagem completa através dos aumentos dos impostos. Esta suposição reflecte uma abordagem “intermédia”, mas, na realidade, a indústria de tabaco pode aumentar ou diminuir os preços em reacção ao aumento de preços. Em terceiro lugar, não obtivemos estimativas de elasticidades de preços e de rendimentos específicas de Moçambique.

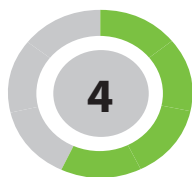
As dimensões do impacto de todas as medidas políticas examinadas no caso do investimento são apresentadas no Quadro A3. Informação adicional sobre a sua derivação pode ser encontrada no Apêndice Técnico.⁷

Tabela A3: Tamanho do impacto: Redução relativa da prevalência do tabagismo actual por política/intervenção de controlo do tabaco, ao longo de um período de 15 anos

Política/Intervenção da CQCT da OMS para o tabaco	Redução relativa da prevalência do tabagismo actual	
	Primeiros 5 Anos (2021–2025)	Mais de 15 Anos (2021–2035)
Pacote de Controlo do Tabaco * <i>(todas as políticas/intervenções implementadas simultaneamente)</i>	44,0%	64,9%
Aumentar os impostos sobre os cigarros <i>(Art.6 da CQCT da OMS)</i>	14,4%	26,1%
Implementar e impor proibições de fumar em locais públicos e de trabalho <i>(Art.8 da CQCT da OMS)</i>	7,2%	12,0%
Mandar que as embalagens de produtos de tabaco ostentem grandes advertências de saúde <i>(Art. 11 da CQCT da OMS)</i>	7,2%	12,0%
Embalagem simples de produtos do tabaco <i>(Art. 11 da CQCT da OMS - Directrizes e Art. 13)</i>	2,4%	4,0%
Realizar uma campanha nos meios de comunicação de massas para promover a sensibilização para o controlo do tabaco <i>(Art.12 da CQCT da OMS)</i>	9,1%	15,2%
Decretar proibições abrangentes de publicidade, promoção e patrocínio <i>(Art.13 da CQCT da OMS)</i>	13,8%	22,9%
Cessação: Breve conselho para deixar de consumir tabaco <i>(Art. 14 da CQCT da OMS)</i>	0,1%	1,0%

* O impacto combinado de todas as intervenções não é a soma de intervenções individuais. Seguindo Levy e colegas” (2018) “tamanhos de efeito [são aplicados] como reduções relativas constantes; ou seja, para as políticas i e j com tamanhos de efeito PRi e PRj, $(1-PR\ ii) \times (1-PR\ j)$ [é] aplicado à prevalência actual do tabagismo” [37].

7 Disponível a pedido.



ETAPA 4

Estimar o impacto das alterações da prevalência do tabagismo nos resultados de saúde e nos custos económicos atribuíveis ao tabaco

Para analisar o impacto das medidas políticas na redução do fardo sanitário e económico do tabagismo, o caso de investimento calcula e compara dois cenários. No cenário de status quo, os esforços actuais são “congelados”, o que significa que, até ao ano 2037 (fim da análise), não ocorre qualquer alteração em relação às disposições de controlo do tabaco actualmente em vigor. No cenário de ‘intervenção’, Moçambique implementa novas medidas de controlo do tabaco ou intensifica as já existentes, para reduzir a prevalência do tabagismo. A diferença em termos de saúde e resultados económicos entre os cenários de status quo e de intervenção representa os ganhos que Moçambique pode alcançar ao tomar acções específicas para reduzir o consumo de tabaco.

Os efeitos marginais das políticas são calculados utilizando o cenário de status quo como o grupo de comparação. Para calcular os efeitos marginais, o modelo subtrai o resultado (factor de risco atribuível a mortes, despesas de saúde, etc.) no cenário de intervenção do mesmo resultado no cenário de status quo. A diferença entre os dois resultados é a quantidade de mudança no resultado associado à política. Os efeitos marginais são calculados da seguinte forma para cada resultado:

$$\text{Efeitos marginais} = \text{Resultado cenário de base} - \text{Resultado Cenário de Intervenção}$$

- **Resultados em matéria de saúde:** Para calcular as reduções na mortalidade e morbilidade devido à implementação das medidas políticas, as alterações previstas na prevalência do tabagismo são aplicadas directamente ao factor de risco da GBD atribuíveis aos resultados do cenário de status quo. Isto significa que o modelo ajusta os resultados do factor de risco atribuível à mortalidade e à morbilidade, tal como relatado pela GBD, com base nas alterações relativas da prevalência do tabagismo em relação a cada resultado.
- **Para despesas de saúde,** o modelo aplica aos SAF as alterações relativas anuais previstas na prevalência do tabagismo para cada cenário de intervenção. Os SAF são ajustados em proporções iguais às alterações relativas na prevalência do tabagismo para cada cenário de intervenção.
- **Os resultados do tabagismo** no local de trabalho são recalculados substituindo a prevalência real (status quo) do tabagismo pela prevalência anual estimada de tabagismo para cada um dos cenários de intervenção que são modelados.



ETAPA 5

Estimar os custos financeiros da implementação das políticas e intervenções de controlo do tabaco modeladas, tanto individual como colectivamente.

Os custos financeiros para o governo da implementação de novas medidas – ou da intensificação ou aplicação das existentes – são estimados utilizando a ferramenta de cálculo de custos da DANT da OMS. Estão disponíveis explicações completas sobre os custos e pressupostos incorporados na ferramenta de cálculo de custos de DANT da OMS [55].

A ferramenta utiliza uma abordagem “de baixo para cima” ou “baseada em ingredientes”. Neste método, cada recurso necessário para implementar a medida de controlo do tabaco é identificado, quantificado, e valorizado. A Ferramenta estima o custo da vigilância, recursos humanos – para gestão de programas, transporte, advocacia, e promulgação e aplicação de legislação – formações e reuniões, meios de comunicação de massas, fornecimentos e equipamento, e outros componentes. Dentro da Ferramenta, os custos acumulam-se de forma diferente durante quatro fases distintas de implementação: planeamento (ano 1), desenvolvimento (ano 2), implementação parcial (anos 3-5), e implementação total (anos 6 em diante).

Através destas categorias, a Ferramenta contém custos por defeito a partir de 2011, que são provenientes do estudo de custos da OMS CHOICE. Seguindo Shang e colegas, a Ferramenta é actualizada para reflectir os custos de 2019, actualizando vários parâmetros: o US\$ para a taxa de câmbio da unidade monetária local (2019), taxa de câmbio da paridade do poder de compra (PPP) (2019), PIB per capita (US\$, 2019), PIB per capita (PPP, 2019), população (total, e percentagem da população com idade superior a 15 anos, 2019), taxa de participação da força de trabalho (2019), gás por litro, e despesa governamental com a saúde como percentagem da despesa total com a saúde (2018) [61]. A menos que sejam recebidos dados governamentais ou outros parâmetros no país, os dados são provenientes da base de dados do Banco Mundial, com excepção dos dados sobre a percentagem da despesa governamental com a saúde e os números da população. A percentagem da despesa governamental com a saúde como percentagem da despesa total com a saúde é derivada da base de dados da OMS sobre despesas de saúde, e os números da população são da Perspectivas Populacionais da ONU.



ETAPA 4

Quantificar o retorno do investimento (ROI) para as várias políticas e intervenções de controlo do tabaco modeladas, tanto individual como colectivamente.

.....

A análise do retorno do investimento (ROI) mede a eficiência dos investimentos no controlo do tabaco dividindo o valor monetário atualizado dos ganhos em saúde dos investimentos pelos seus respectivos custos actualizados. Os retornos sobre o investimento foram calculados para cada uma das quatro políticas de controlo do tabaco modeladas, e para as quatro intervenções em conjunto como um pacote. As estimativas dos passos 3 e 4 foram utilizadas para calcular os ROIs em intervalos de 5 e 15 anos.

$$\text{Retorno sobre investimento (ROI)} = \frac{\text{Benefícios da intervenção / política}}{\text{Custos de implementação de intervenção / política}}$$

A1.4 Análise de equidade

Para avaliar a forma como o aumento da tributação afecta os diferentes grupos de rendimento, foram estimadas as respostas dos diferentes grupos de rendimento às alterações de preço, ou seja, a sua elasticidade de participação no consumo de tabaco. Não foram identificados estudos que examinassem a elasticidade da participação do tabagismo em Moçambique. Em vez disso, foi utilizada uma média dos países de rendimento baixo e médio identificados pelo Manual de Prevenção do Cancro Volume 14: Eficácia das Políticas Fiscais e de Preços para o Controlo do Tabaco [39] da Agência Internacional de Investigação sobre o Cancro.

A maioria dos estudos sobre o efeito dos aumentos de preços na prevalência do tabagismo divide a população em quintis de rendimento, ou seja, cinco grupos pares, cada um contendo 20% da população, por nível de rendimento. No caso de alguns estudos apresentados por tercís de rendimento (três grupos), o tercil 1 foi atribuído ao quintil 1, o tercil 2 ao quintil 3 e o tercil 3 ao quintil 5. De seguida, o quintil 2 foi atribuído como a média dos tercís 1 e 2 e o quintil 4 como a média dos tercís 2 e 3. A elasticidade média global é de -0,27, o que significa que, se os preços aumentarem 100%, espera-se que a prevalência do tabagismo diminua 27%. A elasticidade da procura em termos de prevalência utilizada no cenário de investimento é de -0,25, como mostra o Quadro A1. As elasticidades específicas dos quintis foram ajustadas ligeira e proporcionalmente para que a média correspondesse à utilizada no cenário de investimento. A elasticidade média para cada quintil do Manual do IARC e as elasticidades ajustadas são apresentadas no Quadro A4.

Tabela A4: Elasticidades médias utilizadas na análise do capital próprio do caso de investimento

	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Elasticidade média dos estudos identificados no Manual do IARC	-0,38	-0,33	-0,28	-0,22	-0,12
Elasticidade ajustada	-0,36	-0,31	-0,26	-0,21	-0,11

Referências

- [1] UNDP and Secretariat of the WHO FCTC, "Integrating Tobacco Control into Tuberculosis and HIV Responses," UNDP, Sep. 25, 2018. Available: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/integrating-tobacco-control-into-tuberculosis-and-hiv-responses.html> (accessed Mar. 30, 2021).
- [2] A. Damasceno, B. Cubula, and N. Lunet, "Assessment of Disease Risk Factors Not Transmissible in the Mozambican Population, STEPS 2014-15." WHO, Mozambique Ministry of Health, 2017.
- [3] C. J. L. Murray et al., "Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019," *The Lancet*, vol. 396, no. 10258, pp. 1223–1249, Oct. 2020, doi: 10.1016/S0140-6736(20)30752-2.
- [4] M. Goodchild, N. Nargis and E. Tursan d'Espaignet. "Global economic cost of smoking-attributable diseases," *Tob Control* vol. 27, no. 1, pp. 58-64, Jan. 2018, doi:10.1136/tobaccocontrol-2016-053305
- [5] L. Chaker et al., "The global impact of non-communicable diseases on macro-economic productivity: a systematic review," *Eur J Epidemiol*, vol. 30, no. 5, pp. 357–95, May 2015, doi: 10.1007/s10654-015-0026-5.
- [6] A. Anesetti-Rothermel and U. Sambamoorthi, "Physical and Mental Illness Burden: Disability Days among Working Adults," *Population Health Management*, vol. 14, no. 5, pp. 223–230, Apr. 2011, doi: 10.1089/pop.2010.0049.
- [7] P. S. Wang et al., "Chronic medical conditions and work performance in the health and work performance questionnaire calibration surveys," *J. Occup. Environ. Med.*, vol. 45, no. 12, pp. 1303–1311, Dec. 2003, doi: 10.1097/01.jom.0000100200.90573.df.
- [8] M. J. Husain, B. K. Datta, M. K. Virk-Baker, M. Parascandola, and B. H. Khondker, "The crowding-out effect of tobacco expenditure on household spending patterns in Bangladesh," *PLoS ONE*, vol. 13, no. 10, p. e0205120, Oct. 2018, doi: 10.1371/journal.pone.0205120.
- [9] R. M. John, "Crowding out effect of tobacco expenditure and its implications on household resource allocation in India," *Soc Sci Med*, vol. 66, no. 6, pp. 1356–1367, Mar. 2008, doi: 10.1016/j.socscimed.2007.11.020.
- [10] G. Paraje and D. Araya, "Relationship between smoking and health and education spending in Chile," *Tob Control*, vol. 27, no. 5, pp. 560–567, Sep. 2018, doi: 10.1136/tobaccocontrol-2017-053857.
- [11] J. de Beyer, C. Lovelace, and A. Yürekli, "Poverty and tobacco," *Tob Control*, vol. 10, no. 3, pp. 210–211, Sep. 2001, doi: 10.1136/tc.10.3.210.
- [12] D. Efroymsen et al., "Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco consumption on the poor in Bangladesh," *Tob Control*, vol. 10, no. 3, pp. 212–217, Sep. 2001, doi: 10.1136/tc.10.3.212.

- [13] L. Greaves et al., "What Are the Effects of Tobacco Policies on Vulnerable Populations?," *Can J Public Health*, vol. 97, no. 4, pp. 310–315, Jul. 2006, doi: 10.1007/BF03405610.
- [14] World Health Organization, *Tobacco and its environmental impact: an overview*. 2017.
- [15] M. Zafeiridou, N. S. Hopkinson, and N. Voulvoulis, "Cigarette Smoking: An Assessment of Tobacco's Global Environmental Footprint Across Its Entire Supply Chain," *Environ Sci Technol*, vol. 52, no. 15, pp. 8087–8094, 07 2018, doi: 10.1021/acs.est.8b01533.
- [16] "The Environmental Burden of Cigarette Butts," *Tobacco Control*, vol. 20, no. Suppl 1, May 2011, Accessed: Oct. 21, 2020. [Online]. Available: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/20/Suppl_1.
- [17] "WHO Report on the Global Tobacco Epidemic Country Profile: Mozambique." WHO, 2019, Accessed: Jan. 12, 2021. [Online]. Available: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/tobacco/who_rgte_2021_mozambique.pdf?sfvrsn=cecce4a1_5&download=true
- [18] Bulletin of the Republic, National Press of Mozambique, "Decree No. 11/2007: The Regulation of Consumption and Marketing of Tobacco." *Tobacco Control Laws*, 2007, [Online]. Available: <https://www.tobaccocontrollaws.org/files/live/Mozambique/Mozambique%20-%20Decree%20No.%2011-2007.pdf>.
- [19] "Tobacco Atlas | Mozambique Fact Sheet." *The Tobacco Atlas*, Accessed: Jan. 13, 2021. [Online]. Available: <https://tobaccoatlas.org/country/mozambique/>.
- [20] "Global School-based Student Health Survey: Mozambique Fact Sheet." GSHS, WHO, 2015, [Online]. Available: <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/547/related-materials>
- [21] "Report Card on the WHO Framework Convention on Tobacco Control - Mozambique." [Online]. Available: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-09/Mozambique_report_card_0.pdf.
- [22] "Boletim da Republica: Lei No. 17." *Imprensa Nacional de Mocambique, E.P.*, Dec. 28, 2017, Accessed: Jan. 15, 2021. [Online].
- [23] J. Hermínio, "Moçambique: Autoridades desencorajam consumo de tabaco no país - Vatican News," *Vatican News*, Maputo, Mozambique, Dec. 14, 2018.
- [24] World Health Organization, "Coronavirus disease (COVID-19): Tobacco," May 25, 2022. Available: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-tobacco>
- [25] Secretariat of the WHO FCTC and United Nations Development Programme, "Integrating Tobacco Control into Tuberculosis and HIV Responses: Implementing the WHO Framework Convention on Tobacco Control to address co-morbidities," Nov. 2018. [Online]. Available: <https://fctc.who.int/publications/m/item/integrating-tobacco-control-into-tuberculosis-and-hiv-responses>

- [26] “Mozambique’s Constitution of 2004 with Amendments through 2007.” Available: [constituteproject.org](https://www.constituteproject.org/constitution/Mozambique_2007.pdf?lang=en), 2012, [Online]. Available: https://www.constituteproject.org/constitution/Mozambique_2007.pdf?lang=en.
- [27] Direcção de Planificação e Cooperação, Ministério da Saúde, República de Moçambique, “Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019.” Sep. 30, 2013, [Online]. Available: <https://www.misau.gov.mz/index.php/planos-estrategicos?download=132:plano-estrategico-do-sector-da-sade-2014-2019>.
- [28] Departamento de Doenças Não Transmissíveis, Ministério da Saúde, “Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças não Transmissíveis para o Período 2008–2014.” República de Moçambique, [Online]. Available: https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/MOZ_B3_Plano%20Estrat%20%C3%A9gico%20de%20Prevencao%20e%20Controlo%20das%20Doen%20%C3%A7as%20N%C3%A3o%20Transmiss%20%C3%ADveis.pdf.
- [29] Ministério da Saúde de Moçambique, “Plano Nacional de Controlo de Cancro.” 2019, [Online]. Available: https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/PLANO%20NACIONAL%20DE%20CONTROLO%20DO%20CANCRO_miolo-3.pdf.
- [30] L. Gouveia, “Saúde Mental em Moçambique.” Ministério da Saúde de Moçambique, Jan. 2018, [Online]. Available: https://www.lisboninstitutegmh.org/assets/files/Lidia_Gouveia.pdf.
- [31] Nguenha, N., Cunguara, B., Bialous, S., Drope, J., & Lencucha, R. (2021). An overview of the policy and market landscape of tobacco production and control in Mozambique. *International journal of environmental research and public health*, 18(1), 343.
- [32] República de Moçambique, “Proposta do Programa Quinquenal do Governo 2015-2019.” Feb. 17, 2015, [Online]. Available: <https://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Governo/Documentos/Planos-e-Programas-de-Governacao/Plano-Quinquenal>.
- [33] World Health Organization, “Global Health Observatory (GHO),” 2021. Available: <https://www.who.int/data/gho> (accessed Mar. 14, 2021).
- [34] International Labour Organization (ILO), *Universal social protection to achieve the sustainable development goals*. Geneva: International Labour Office, 2017.
- [35] World Health Organization, “Global Health Expenditures Database.” online, 2020, [Online]. Available: <https://apps.who.int/nha/database/>.
- [36] M. Berman, R. Crane, E. Seiber, and M. Munur, “Estimating the cost of a smoking employee,” *Tob Control*, vol. 23, no. 5, pp. 428–433, Sep. 2014, doi: 10.1136/tobaccocontrol-2012-050888.
- [37] D. T. Levy, J. Tam, C. Kuo, G. T. Fong, and F. Chaloupka, “The Impact of Implementing Tobacco Control Policies: The 2017 Tobacco Control Policy Scorecard,” *J Public Health Manag Pract*, vol. 24, no. 5, pp. 448–457, Oct. 2018, doi: 10.1097/PHH.0000000000000780.
- [38] A. Fuchs, P. Marquez, S. Dutta, and F. Gonzalez Icaza, “Is Tobacco Taxation Regressive? Evidence on Public Health, Domestic Resource Mobilization, and Equity Improvements,” *The World Bank Group*, Washington, DC, 2019. [Online]. Available: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/31575>.

- [39] International Agency for Research on Cancer, Ed., IARC handbooks of cancer prevention, tobacco control, volume 14, Effectiveness of Tax and Price Policies for Tobacco Control. Lyon: IARC, 2011.
- [40] N. Salti, E. Brouwer, and S. Verguet, "The health, financial and distributional consequences of increases in the tobacco excise tax among smokers in Lebanon," *Soc Sci Med*, vol. 170, pp. 161–169, 12, doi: 10.1016/j.socscimed.2016.10.020.
- [41] Global Tobacco Economics Consortium, "The health, poverty, and financial consequences of a cigarette price increase among 500 million male smokers in 13 middle income countries: compartmental model study," *BMJ*, vol. 361, p. k1162, Apr. 2018.
- [42] Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), "The Global Burden of Disease Results Tool." University of Washington, Seattle, WA, 2019, [Online]. Available: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
- [43] UNDP, "National Tobacco Control Strategies: Toolkit for Parties to Implement Article 5.1 of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control." UNDP and FCTC Secretariat, Mar. 18, 2019, Accessed: Feb. 03, 2021. [Online]. Available: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/national-tobacco-control-strategies.html>.
- [44] "UNDP, "National Coordinating Mechanisms for Tobacco Control: Toolkit for Parties to implement Article 5.2 (a) of the WHO FCTC." UNDP and FCTC Secretariat, Accessed: Feb. 03, 2021. [Online]. Available: <https://fctc.who.int/publications/m/item/national-coordinating-mechanism-for-tobacco-control>
- [45] WHO's technical manual on tax administration. Available: <https://www.who.int/publications/item/9789240019188>
- [46] Secretariat of the WHO FCTC, "New report from the Secretariat of the WHO FCTC demonstrates how smoking destroys the environment and undermines sustainable development," WHO Framework Convention on Tobacco Control, Oct. 02, 2018. Available: <http://www.who.int/fctc/mediacentre/news/cop8/environment-launch-publication/en/> (accessed Feb. 03, 2021).
- [47] UNDP and Secretariat of the WHO FCTC, "The WHO Framework Convention on Tobacco Control an Accelerator for Sustainable Development," 2017. [Online]. Available: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/-the-who-framework-convention-on-tobacco-control-an-accelerator.html>.
- [48] T. Vos et al., "Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019," *The Lancet*, vol. 396, no. 10258, pp. 1204–1222, Oct. 2020, doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9.
- [49] D. T. Jamison et al., "Global health 2035: a world converging within a generation," *The Lancet*, vol. 382, no. 9908, pp. 1898–1955, Dec. 2013, doi: 10.1016/S0140-6736(13)62105-4.
- [50] S. A. Troelstra, P. Coenen, C. R. Boot, J. Harting, A. E. Kunst, and A. J. van der Beek, "Smoking and sickness absence: a systematic review and meta-analysis," *Scand J Work Environ Health*, vol. 46, no. 1, pp. 5–18, 1, doi: 10.5271/sjweh.3848.

- [51] C. L. Baker, N. M. Flores, K. H. Zou, M. Bruno, and V. J. Harrison, "Benefits of quitting smoking on work productivity and activity impairment in the United States, the European Union and China," *Int J Clin Pract*, vol. 71, no. 1, Jan. 2017, doi: 10.1111/ijcp.12900.
- [52] D. Levy, D. B. Abrams, J. Levy, and L. Rosen, "Complying with the framework convention for tobacco control: an application of the Abridged SimSmoke model to Israel," *Isr J Health Policy Res*, vol. 5, Sep. 2016, doi: 10.1186/s13584-016-0101-8.
- [53] D.T. Levy, H. Fouad, J. Levy, A. D. Dragomir, and F. El Awa, "Application of the Abridged SimSmoke model to four Eastern Mediterranean countries," *Tob Control*, vol. 25, no. 4, pp. 413–421, 2016, doi: 10.1136/tobaccocontrol-2015-052334.
- [54] T. Chipty, "Study of the Impact of the Tobacco Plain Packaging Measure on Smoking Prevalence in Australia," Analysis Group, Inc., 2016. [Online]. Available: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/491CE0444F7B0A76CA257FBE00195BF3/\\$File/PIR%20of%20Tobacco%20Plain%20Packaging%20-%20with%20Addendum.docx](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/491CE0444F7B0A76CA257FBE00195BF3/$File/PIR%20of%20Tobacco%20Plain%20Packaging%20-%20with%20Addendum.docx).
- [55] "Tobacco Interventions for the Appendix 3 of the Global Action Plan for Non Communicable Disease." World Health Organization, 2017, [Online]. Available: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/442296/retrieve>
- [56] D. Chisholm, D. Abegunde, S. Mendis, and World Health Organization, "Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost?". Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2011.
- [57] M. Goodchild, A. M. Perucic, and N. Nargis, "Modelling the impact of raising tobacco taxes on public health and finance," in *Bull World Health Organ*, vol. 94, 2016, pp. 250–7.
- [58] N. Nargis, M. Stoklosa, C. Shang, and J. Drope, "Price, Income, and Affordability as the Determinants of Tobacco Consumption: A Practitioner's Guide to Tobacco Taxation," *Nicotine Tob Res*, vol. 23, no. 1, pp. 40–47, Jan. 2021, doi: 10.1093/ntr/ntaa134.
- [59] International Monetary Fund, "Real GDP Growth - Annual percent change," World Economic Outlook Dataset. Available: https://www.imf.org/external/datamapper/NGDP_RPCH@WEO/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD (accessed Dec. 17, 2020).
- [60] L. Joossens and International Union against Tuberculosis and Lung Disease, *How eliminating the global illicit cigarette trade would increase tax revenue and save lives*. Paris, France: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2009.
- [61] C. Shang et al., "Country-specific costs of implementing the WHO FCTC tobacco control policies and potential financing sources," *PLoS One*, vol. 13, no. 10, Oct. 2018, doi: 10.1371/journal.pone.0204903.
- [62] World Health Organization, "Tobacco," May 24, 2022. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- [63] Lester, A., & Allen, E. (2012). *SADC Review–Study into the illicit trade in excisable products with particular reference to alcohol and tobacco products*. DNA Economics and GFA Consulting Group. Available: https://www.sadc.int/sites/default/files/2021-11/SADC_study_into_the_illicit_trade_in_excise_products.pdf

- [64] Southern African Development Community (2016): GUIDELINES FOR CO-OPERATION IN EXCISE TAXES IN THE SADC REGION. Available: https://www.sadc.int/sites/default/files/2021-08/SADC_Excise_Guidelines_and_Commentary_Published_October_2016_English.pdf
- [65] Global Cigarette Tax Scorecard. Available: <https://globaltobaccoindex.org/download/1443>
- [66] World Health Organization, "WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2019: offer help to quit tobacco use," Switzerland, WHO, 2019 [Online]. Available at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326043>
- [67] Mozambique Ministry of National Health Services, "2020 - Core Questionnaire of the Reporting Instrument of WHO FCTC," Aug. 2020. [Online]. Available at: https://untobaccocontrol.org/impldb/wp-content/uploads/Mozambique_2020_WHO_FCTC_report.pdf
- [68] World Bank, "Mozambique Overview of Tobacco Use, Tobacco Control Legislation, and Taxation. A Country Brief," 2017. [Online]. Available: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/246681561141519064/pdf/Mozambique-Overview-of-Tobacco-Use-Tobacco-Control-Legislation-and-Taxation.pdf>
- [69] M. Assunta, "Global Tobacco Industry Interference Index 2021," Global Center for Good Governance in Tobacco Control (GGTC), Bangkok, Thailand, Nov. 2021. [Online]. Available: <https://globaltobaccoindex.org/>
- [70] Secretariat of the WHO FCTC, "Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products." May 03, 2013. [Online]. Available: <https://fctc.who.int/publications/i/item/9789241505246>
- [71] World Health Organization, Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2013-2020. 2013. Accessed: Jul. 21, 2021. [Online]. Available: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/94384>
- [72] Fifty-fourth World Health Assembly resolution WHA54.18 'Transparency in tobacco control Process' made in 2001. May 2001. Available: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54r18.pdf
- [73] Secretariat of the WHO FCTC. 2021 global progress report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Available: <https://fctc.who.int/who-fctc/reporting/global-progress-reports>
- [74] Secretariat of the WHO FCTC. Guidelines for implementation of Article 5.3. 2013. Available: <https://fctc.who.int/publications/m/item/guidelines-for-implementation-of-article-5.3>

