



Empowered lives.
Resilient nations.



FCTC
WHO FRAMEWORK CONVENTION
ON TOBACCO CONTROL
SECRETARIAT

MINISTÉRIO DA
SAÚDE E DA
SEGURANÇA SOCIAL

GOVERNO DE
**CABO
VERDE**
A TRABALHAR PARA TODOS.

IRTI
INTERNACIONAL



World Health
Organization

Caso de Investimento no Controlo do Tabaco em Cabo Verde

A necessidade de expandir a
implementação da CQCT da OMS.

Este relatório foi traduzido e revisado por Fábio J.F. Carvalho e Tomas I. Krejici. O layout gráfico foi feito por Zsuzsanna Schreck.



*Empowered lives.
Resilient nations.*

Copyright © PUND

Todos os direitos reservados
Junho 2019

Ressalva

As opiniões contidas nesta publicação refletem as posições de seus autores e não necessariamente as do PNUD ou do Secretariado da CQCT da OMS.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
One United Nations Plaza, Nova York – NY, 10017, EUA.



Empowered lives.
Resilient nations.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE E DA
SEGURANÇA SOCIAL



A necessidade de expandir a implementação da CQCT da OMS

Preparado pelo
RTI Internacional
Ministério da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
Secretariado da CQCT da OMS
Organização Mundial da Saúde
Fábio J.F. Carvalho (tradução e revisão)
Tomas I. Krejici (tradução)
Financiado pelo governo do Reino Unido

Junho 2019



Crédito da imagem: © Rey Perezoso via Flickr

O tabagismo custa para Cabo Verde

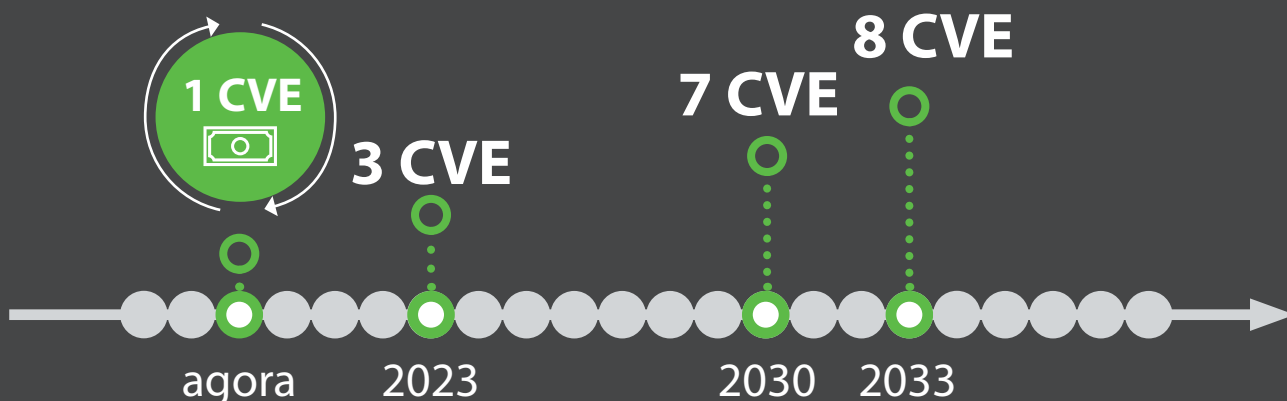
**1,62 mil milhões
CVE, por ano**



O que equivale a

1,1% de seu PIB

Para cada Escudo investido nas seis áreas intervenções da CQCT da OMS, Cabo Verde receberá **3 CVE** devidos aos gastos e perdas económicas evitados já em 2023 e **8 CVE** em 2033.



Sumário

Lista de figuras e tabelas	vii
1. Sumário executivo	1
2. Introdução	5
3. Controlo do tabaco em Cabo Verde: situação e contexto	8
3.1 Prevalência do consumo do tabaco, normas sociais e sensibilização	8
3.2 Medidas regulatórias de controlo do tabaco.....	9
3.3 Coordenação, estratégia e planeamento nacionais.....	12
4. Metodologia	13
5. Resultados	14
5.1 Fardo atual do consumo do tabaco: custos económicos e para a saúde	14
5.2 Implementação de medidas que reduzam o fardo do consumo do tabaco.....	17
5.2.1 <i>Benefícios para a saúde — vidas salvas</i>	17
5.2.2 <i>Benefícios económicos</i>	17
5.2.3 <i>Retorno sobre o Investimento</i>	20
5.2.4 <i>Controlo do tabaco como um acelerador dos ODS</i>	21
6. Conclusão e recomendações	23
7. Anexo de metodologia	25
7.1 Visão geral	26
7.2 Componente um: Fardo atual	26
7.3 Componente dois: Medidas/casos de intervenção	28
7.4 Impacto das mudanças na prevalência do tabagismo	30
7.5 Custos financeiros da implementação das medidas de controlo do tabaco	31
7.6 Retorno sobre o Investimento	32
8. Referências	34

Lista de figuras e tabelas

Nº	Legenda	Página
FIG. 1	Taxas de prevalência de fumadores por idade e sexo	9
FIG. 2	Estruturação do caso de investimento na CQCT	13
FIG. 3	Divisão das cotas dos custos económicos diretos e indiretos	15
FIG. 4	Mortes atribuíveis ao tabagismo por doença em 2017 (30 ou mais anos)	16
FIG. 5	Perdas económicas relacionadas ao tabagismo nos últimos 15 anos: o que acontecerá se Cabo Verde não fizer nada versus se o Governo implementar medidas para reduzir a demanda por tabaco	17
FIG. 6	Fonte da receita anual criada com a implementação do conjunto de medidas de controlo do tabaco	18
FIG. 7	Custos na saúde pública e privada (e economias) ao longo do período de 15 anos	19
FIG. 8	Estruturação do caso de investimento na CQCT	25
TAB. 1	Resumo do estado atual das medidas da CQCT em Cabo Verde e metas baseadas no caso de investimento	11
TAB. 2	Retorno sobre o Investimento por conjunto de medidas de controlo do tabaco	20
TAB. 3	Retorno sobre o Investimento na era dos ODS (2030), em consequência com as medida/intervenção contra o tabagismo	22
TAB. 4	Tamanho do impacto: redução relativa na prevalência atual do tabaco, em decorrência da medida/intervenção contra o tabagismo	29

1. Sumário executivo

Os custos humanos e económicos do consumo do tabaco em Cabo Verde são altos. Dados os níveis baixos de consumo do tabaco no país, comparativamente, e a ausência de uma legislação abrangente para o controlo do tabaco, a ameaça de aumento do fardo das doenças relacionadas ao tabagismo é real. Este relatório do caso de investimento mapeia as mais efetivas intervenções de controlo do tabaco para reduzir o fardo sobre a economia e a saúde, assim como mostra que uma ação oportuna agora produzirá dividendos tanto a curto quanto a longo prazos.

Este caso de investimento mede a relação custo-benefício, em termos económicos e de saúde, da implementação das seis medidas essenciais de controlo do tabaco, de acordo com a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) da Organização Mundial de Saúde (OMS), assim como com as prioridades estabelecidas pelo Governo de Cabo Verde. Essas seis medidas para o controlo do tabaco são: (1) aumentar a taxação aos produtos do tabaco para limitar o acesso (Artigo 6 da CQCT); (2) proibir o fumo do tabaco em todos os locais públicos para proteger as pessoas da fumaça de secundária (Artigo 8 da CQCT); (3) exigir que produtos do tabaco contenham advertências sanitárias que cubram pelo menos 50% das embalagens (Artigo 11 da CQCT); (4) implementar embalagem padronizada conforme as diretrizes do (Artigo 11 da CQCT); (5) Aumentar a frequência e a cobertura das campanhas de comunicação de massa (Artigo 12 da CQCT); e (6) Proibir todas as formas de publicidade, promoção e patrocínio ao tabaco (Artigo 13 da CQCT).

No estudo do caso de investimento constata-se que:

Em 2017, o tabagismo custou à economia cabo-verdiana 1,62 mil milhões CVE, equivalente a 1,06% de seu PIB. Os gastos com saúde relacionados ao tabagismo ascenderam a 122,4 milhões CVE. Além disso, a economia perdeu 1,5 mil milhões CVE por causa do tabaco, em custos indiretos relacionados com a produtividade em razão de mortes prematuras, de perda de capacidade produtiva e do fumo no local de trabalho.

Se o Governo agir agora para reduzir o consumo de tabaco, pode diminuir o fardo do tabagismo sobre a saúde e sobre a economia em Cabo Verde. As evidências do caso de investimento demonstram que, nos próximos 15 anos, a adoção e a aplicação das seis medidas de controlo do tabaco da CQCT terão os seguintes impactos:

Economizar 6,9 mil milhões CVE que derivam das perdas económicas. Isso inclui cerca de 6,4 mil milhões CVE em perdas evitadas na produção económica. As medidas de controlo do tabagismo estimulam o crescimento económico ao garantir que menos cidadãos: (1) deixem de fazer parte da força de trabalho por causa da mortalidade prematura, (2) falem dias de trabalho em virtude de incapacitação ou doença, e (3) trabalhem com capacidade reduzida em virtude do tabaco.


Poupar 525,5 milhões CVE, ao evitar os gastos com saúde atribuíveis ao tabagismo.

Com a profilaxia de doenças cardiovasculares, diabetes, infeções respiratórias, cancro e outras doenças atribuíveis ao tabaco, as medidas de controlo do tabaco melhorarão a saúde da população, diminuindo a demanda por tratamento e cuidados médicos onerosos. Desse total economizado com saúde 71% recairão sobre o governo e 26% sobre os cidadãos na forma de menor custo com assistência médica.

Salvar 574 vidas e reduzir a incidência de doenças. A adoção das seis medidas de controlo do tabaco da CQCT contribuirá com os esforços de Cabo Verde para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3.4, os quais têm como meta reduzir em um terço em 2030 a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis. A adoção das medidas da CQCT impedirá 201 mortes prematuras das quatro doenças não transmissíveis principais até 2030, o equivalente a cerca de 7% da redução necessária na mortalidade prematura para o alcance da Meta ODS 3.4.

Proporcionar benefícios económicos (6,9 mil milhões CVE) que superem significativamente os custos (840 milhões CVE). Cada uma das medidas da CQCT/OMS é altamente rentável. Aumentar a área de ocupação da advertência sanitária traz o mais alto Retorno sobre o Investimento (RSI) num período de 15 anos: para cada Escudo gasto na implementação da advertência sanitária mais exigentes, o governo pode ter a expectativa de receber 26 CVE. A adoção de proibições mais rigorosas à publicidade tem RSI mais alto (19:1), seguido do aumento de impostos (16:1), implementação de medidas para proteger as pessoas da fumaça secundária (15:1), implementação de embalagem padronizada de produtos do tabaco (10:1) e campanhas mediáticas antitabaco (10:1).

Os resultados do caso de investimento na CQCT em Cabo Verde mostram que, através de ações que visam combater o consumo do tabaco, existe uma clara oportunidade de diminuir os prejuízos causados pelo tabagismo à saúde, à economia e ao desenvolvimento de forma global. Ao investir agora em medidas de controlo do tabaco, Cabo Verde pode acelerar seus esforços para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabelecidos pela ONU.



O relatório recomenda ações concretas que o Governo de Cabo Verde pode adotar, numa abordagem que envolva toda a administração pública, a fim de contra-atacar o consumo do tabaco e suas consequências negativas ao desenvolvimento do país. Através do Projeto FCTC 2030, tanto o Secretariado da CQCT quanto o PNUD e a OMS prontificam-se a apoiar a administração pública cabo-verdiana na redução do fardo social, económico e ambiental provocados pelo tabagismo que continuam a afetar o país.



2. Introdução

O tabagismo é uma das principais ameaças à saúde do mundo e o principal fator de risco para doenças não transmissíveis (DNTs), incluindo cancro, diabetes, doenças respiratórias crónicas e doenças cardiovasculares. Em Cabo Verde, 9,3% dos adultos consomem algum tipo de tabaco.¹ O consumo de tabaco no país mata cerca de 104 cidadãos por ano, com 60% das mortes abaixo dos 70 anos.²

A par dos custos para a saúde, o tabagismo impõe um fardo económico substancial. Em 2012, em todo o mundo, os gastos com assistência médica para tratar doenças e lesões causadas pelo consumo do tabaco totalizaram quase 6% das despesas totais com saúde.³ Além disso, o uso do tabaco pode reduzir a produtividade ao tirar prematuramente ou temporariamente os indivíduos do mercado de trabalho em razão da saúde precária.⁴ Quando morrem prematuramente, o resultado trabalho que eles produziram nos anos subsequentes é perdido. Além disso, os indivíduos com problemas de saúde são mais propensos a faltar o trabalho (absenteísmo) ou a trabalhar com capacidade reduzida durante seu turno laboral (presenteísmo).^{5,6}

O consumo de tabaco prejudica o orçamento doméstico destinado às necessidades básicas, incluindo alimentação e educação,^{7,8,9} e pode levar famílias à pobreza e à fome.^{10,11} Ele impõe desafios socioeconómicos e de saúde aos pobres, mulheres, jovens e outras populações vulneráveis. Ao mesmo tempo, a produção de tabaco causa danos ambientais, incluindo desmatamento, degradação do solo, poluição da água e produção de lixo não biodegradável.^{12,13,14} Em virtude dos impactos de longo alcance do tabagismo, seu controlo efetivo requer o envolvimento de setores não relacionados à saúde dentro de uma abordagem que envolva toda a administração pública.

Cabo Verde ratificou a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), da OMS, e ratificou o tratado em abril de 2005.¹⁵ A partir de 2017, a país fez alguns progressos para cumprir as obrigações da CQCT, incluindo a aprovação da Lei nº 119/IV/95, a qual (1) proíbe a veiculação da maioria das formas de propaganda de incentivo ao tabagismo, e (2) estabelece ambientes livres de fumo nos locais de trabalho, assim como proibições ao fumo no transporte público.

Ao legislar e financiar essas medidas importantes, Cabo Verde preparou o terreno para conter a epidemia de tabagismo. Continuar a intensificar as medidas atuais, bem como estabelecer novas medidas, pode baixar ainda mais a curva da incidência do consumo do tabaco e criar benefícios económicos e para a saúde. Por exemplo, existem oportunidades no país para banir a propaganda nos pontos de venda e o patrocínio do tabaco, bem como estabelecer locais de trabalho, restaurantes, prisões e hotéis como áreas livres de fumo. Medidas adicionais podem

incluir a exigência de advertências sanitária em produtos do tabaco ou a obrigação de embalagem padronizada. Atingir todos os potenciais benefícios de tais medidas depende de esforços conjuntos e coordenados dos múltiplos setores do Governo, assim como alto nível de liderança e público informado.

Dadas as considerações anteriormente expressas, uma missão de programação conjunta para Cabo Verde foi preparado para conduzir um caso de investimento como parte do Projeto FCTC 2030. Tal projeto é uma iniciativa global financiada pelo governo do Reino Unido para apoiar países a fortalecer a implementação da CQCT, com o intuito de atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Cabo Verde é um dos 15 países em todo o mundo que recebe esse apoio ao projeto.

Um caso de investimento analisa os custos do consumo do tabaco para a saúde e a economia, bem como os ganhos potenciais da implementação gradual das medidas da CQCT. Ele identifica quais medidas de redução da demanda da CQCT podem produzir os maiores retornos económicos e na saúde da população cabo-verdiana (o Retorno sobre o Investimento – RSI). Em consulta com o Ministério da Saúde, seis medidas de controlo do tabaco foram selecionadas para figurar no caso de investimento:



Aumentar a tributação do tabaco para limitar o acesso aos produtos do tabaco. *(Artigo 6 da CQCT/OMS)*



Proibir ao tabaco em todos os lugares públicos para proteger as pessoas do fumaça. *(Artigo 8 da CQCT)*



Exigir que produtos com tabaco contenham advertências sanitária que cubram 50% das embalagens. *(Artigo 11 da CQCT)*



Implementar a embalagem padronizada. *(Artigo 11 da CQCT, de acordo com as Diretrizes da Conferência das Partes – CDP)*



Aumentar a frequência e a cobertura de campanhas de comunicação massa. *(Artigo 12 da CQCT)*



Proibir todas as formas de publicidade, promoção e patrocínio ao tabaco. *(Artigo 13 da CQCT)*

Este relatório prossegue em quatro seções. A **Seção 3** fornece uma visão geral do controlo do tabaco em Cabo Verde, incluindo uma discussão sobre a prevalência do consumo desse produto, bem como desafios e oportunidades. A **Seção 4** resume a metodologia do caso de investimento (ver *Anexo e o Anexo Técnicoⁱ* para mais detalhes), e a **Seção 5** apresenta as principais conclusões da análise económica. O relatório encerra-se na **Seção 6** com um conjunto de recomendações.



Crédito da imagem: © Rey Perezoso via Flickr

ⁱ Disponível mediante solicitação.

3. Controlo do tabaco em Cabo Verde: situação e contexto

Cabo Verde fez progressos no controlo do tabaco nos últimos anos, mas é preciso fazer mais para proteger as populações atuais e futuras.

O ambiente legislativo para o controlo do tabaco no país não é ainda suficientemente favorável. Atualmente, não existe lei contra a venda de tabaco para ou por menores. Também não há restrições à venda de cigarros por unidade. É proibido fumar em escolas, instituições de saúde e transportes públicos, mas não em restaurantes, bares, hotéis ou outros locais de trabalho. As advertências sanitárias nas embalagens de produtos do tabaco são apenas escritas e são muito pequenos para serem lidos, além de cobrirem apenas 25% da superfície da frente e do verso dos maços de cigarro.

Mesmo assim, a prevalência do tabaco no país é baixa. A percepção social o fumo como algo prejudicial à saúde é bem forte, e o quase monopólio dos fabricantes nacionais de cigarros limita o alcance da indústria do tabaco.

Se o evidente empenho do Governo cabo-verdiano em pôr em prática um regime adequado de controlo do tabaco for levado a bom termo, as baixas taxas de prevalência do consumo do tabaco têm uma chance muito maior de assim permanecerem.

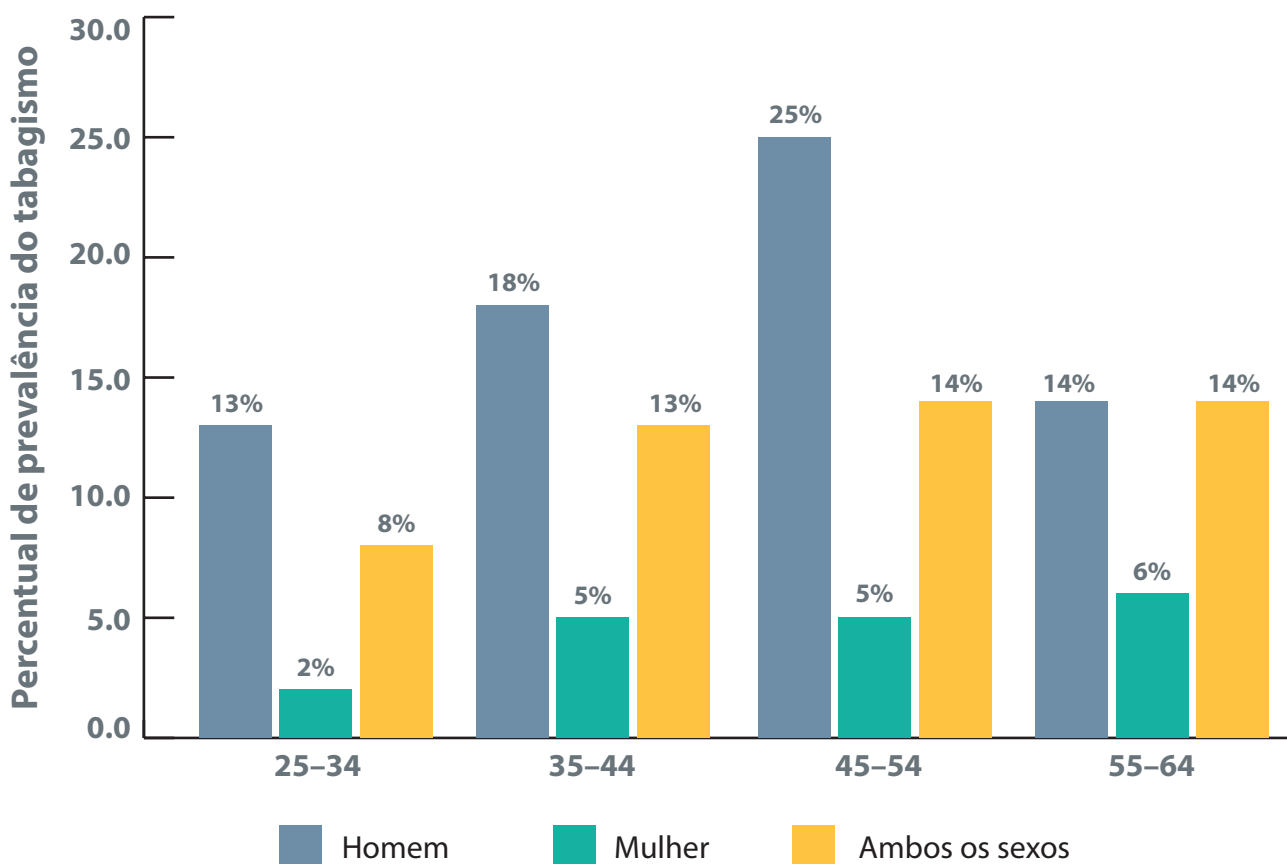
Esta seção aborda algumas das principais questões do consumo do tabaco no país, e conta com dados bibliográficos e de discussões com os principais interessados nacionais.

3.1 Prevalência do consumo do tabaco, normas sociais e sensibilização

Em Cabo Verde, 9,3% dos adultos com 15 anos ou mais usam algum tipo de tabaco,¹⁶ 77% destes fumam diariamente. Em média, os cabo-verdianos começam a fumar por volta dos 19,5 anos de idade.¹⁷

A prevalência do tabagismo nos adultos é mais alta entre homens que entre mulheres no país. Eles fumam mais do que elas, numa média de 19,4 cigarros por dia, enquanto as mulheres fumam aproximadamente 5,6 no mesmo período.¹⁸ Mulheres têm uma taxa de prevalência ligeiramente maior de consumo de tabaco sem fumo (5,8%) em comparação aos homens (3,5%).^{19, 20} A prevalência do tabagismo entre homens e mulheres aumenta com a idade (ver **Figura 1**).²¹

Fig. 1: Taxas de prevalência de fumadores por idade e gênero



De acordo com pesquisa de 2007 intitulada Cabo Verde Global Youth Tobacco Survey (GYTS), 10,2% dos jovens de 13 a 15 anos relatam ter fumado um cigarro (12,3% dos rapazes e 7,8% das raparigas).²² Já 13,4% dos estudantes disseram usar um produto proveniente do tabaco (14,7% rapazes e 11,7% das raparigas), enquanto 3,5% relataram que estavam fumando no momento da pesquisa (3,7% rapazes e 3,1% das raparigas).²³

3.2 Medidas regulatórias de controlo do tabaco

Medidas fiscais e regulatórias severas podem influenciar fortemente as normas, sinalizando para a população que fumar é prejudicial. Cabo Verde já põe em prática algumas medidas de controlo do tabaco, criadas para reduzir a demanda por tabaco e proteger a saúde de sua população. A Lei no. 119/IV/95 proíbe fumar em transporte público. Tal lei também exige placas indicando “proibido fumar” em locais públicos e bane muitas formas diretas e indiretas de propagandas de incentivo ao consumo do tabaco.²⁴



Sistema de impostos

Cabo Verde arrecada **impostos** equivalentes a 11,2%²⁵ do preço de avulso da marca de cigarros mais vendida. A estrutura tributária é composta por um imposto ad valorem, um Imposto sobre Valor Agregado (IVA) e um pequeno imposto da Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO).²⁶ Aumentar os impostos para representar 75% do preço de avulso dos cigarros, assim como garantir a tributação uniforme de todos os produtos do tabaco, representam oportunidades para reduzir a prevalência do tabagismo e aumentar a receita do Governo.



Lei antitabaco em locais públicos

O país ainda não promulgou a **proibição de fumar em todos os locais públicos**. Atualmente, o fumo é completamente proibido em transportes coletivos, instalações de saúde, instalações educacionais e de acolhimento de crianças, locais frequentados por menores, salas de entretenimento, pavilhões esportivos cobertos e outros locais públicos comunitários.^{27,28} Não é proibido, porém, em outros espaços públicos ou locais de trabalho, embora a aplicação das leis antitabaco seja aceitável. Por isso, 24,3% dos meninos e 23,8% das meninas entre 13 e 15 anos relatam ter sido expostos ao fumo ambiental em público nos 30 dias anteriores a uma enquete sobre o tabagismo.²⁹



Advertência Sanitária e embalagem

Cabo Verde exige que as embalagens de cigarros contenham mensagens de texto que avisem que o fumo mata. No entanto, **importantes advertências** contendo imagens dos danos causados pelo consumo do tabaco não foram implementadas.³⁰ A embalagem padronizada — embalagem com **cores neutras**, sem marca nem logotipos — não é uma prática atualmente regulamentada. Uma lei que exija a embalagem padronizada ofereceria ao país outra ferramenta para reduzir as oportunidades das empresas de tabaco de comercializar produtos.



Publicidade, promoção e patrocínio ao tabaco

Cabo Verde proíbe todos os tipos de **publicidade, promoção e patrocínio do tabaco**, sobretudo a publicidade direta nos principais meios de comunicação (TV, rádio, mídia impressa). As formas indiretas de publicidade não são proibidas; e as leis atuais permitem muitas formas de promoção e patrocínio, incluindo a publicidade nos pontos de venda e a distribuição gratuita de produtos do tabaco.



Campanhas antitabaco nos meios de comunicação de social

O Governo não implementou **campanhas antitabaco direcionadas e contínuas na mídia de massa**. Esforços recentes de sensibilização incluem eventos patrocinados para o “Dia Mundial sem Tabaco”, durante os quais o Ministério da Saúde, juntamente com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros parceiros realizam ações de sensibilização e de informação. No ano anterior, *workshops* foram realizadas em todo o país, os riscos à saúde associados ao tabagismo foram discutidos na TV, bem como aulas de aeróbica e de atividade física antitabagismo foram ministradas — “Dança sem Tabaco”, etc.³¹

A **Tabela 1** resume o estado atual de implementação das medidas de redução de demanda da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), que são analisadas no caso de investimento e comparadas com as metas da CQCT para cada medida. Nos casos em que Cabo Verde ainda não atingiu as metas da CQCT, o caso de investimento analisa o impacto que o alcance dessas medidas teria no consumo do tabaco, na saúde da população e na economia.

Tabela 1: Resumo do estado atual de implementação das medidas de redução da demanda da CQCT e suas metas baseadas no caso de investimento

Medida antitabaco	Situação atual	Meta
Aumentar a tributação do tabaco para limitar o acesso a seus produtos. (Artigo 6 da CQCT)	Participação tributária = 11,2% ³² do valor de avulso de um maço de cigarros com preço médio.	Aumentar os impostos para 75% do valor de avulso, com aumentos regulares para superar a inflação e o aumento de renda.
Implementar leis antitabaco em todos os locais públicos para proteger as pessoas do fumo. (Artigo 8 da CQCT)	É proibido fumar em escolas, unidades de saúde e em transportes coletivos, mas é permitido na maioria dos outros locais públicos. ³³	Estender e reforçar a lei existente para incluir todos os locais públicos, garantindo a conformidade.
Determinar que produtos e embalagens de tabaco contenham grandes imagens de advertência, descrevendo os efeitos prejudiciais de seu consumo à saúde. (Artigo 11 da CQCT)	Apenas os avisos textuais dos riscos à saúde são obrigatórios nos maços de cigarros.	Determinar a existência de imagens de advertência que cubram pelo menos 50% das embalagens de tabaco.

Medida antitabaco	Situação atual	Meta
Determinar a embalagem padronizada para todos os produtos do do tabaco. <i>(Artigo 11 da CQCT)</i>	A embalagem padronizada de produtos do tabaco não é obrigatório.	Implementar uma lei que exija a embalagem padronizada.
Promover e fortalecer a sensibilização pública sobre as questões do controlo do tabaco e os danos do consumo do tabaco, através de campanhas de informação nos meios de comunicação de massa. <i>(Artigo 12 da CQCT)</i>	Campanhas comunicação de massade longo prazo em escala nacional não foram implementadas.	Implementar campanhas públicas de sensibilização consistentes de em escala nacional.
Proibir de forma abrangente de todas as formas de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco. <i>(Artigo 13 da CQCT)</i>	A publicidade é proibida nas principais formas de mídia (TV, rádio, internet, cartazes e impressos) e algumas formas indiretas de promoção e patrocínio são proibidas.	Banir a exibição do produto nos pontos de venda e outras formas indiretas de promoção e patrocínio.

(*) As informações contidas nesta tabela são derivadas do Relatório da OMS sobre a Epidemia Global do Tabagismo: perfil do país — Cabo Verde.

3.3 Coordenação, estratégia e planeamento nacionais

Em conformidade com o Artigo 5 da CQCT/OMS (Obrigações Gerais), o Governo de Cabo Verde tem trabalhado para fortalecer a governança de controlo do tabaco. Esforços para estabelecer um mecanismo nacional multissetorial de coordenação desse controlo foram apoiados pelo Brasil e pelo Secretariado da CQCT/OMS. A estratégia nacional de controlo do tabaco e o plano de ação foram recentemente redigidos. O processo beneficiou-se da contribuição significativa de todos os setores relevantes, e o plano de ação resultante é vinculado e orçamentado, colocando Cabo Verde um patamar à frente de muitos países em situação económico-social semelhante.

4. Metodologia

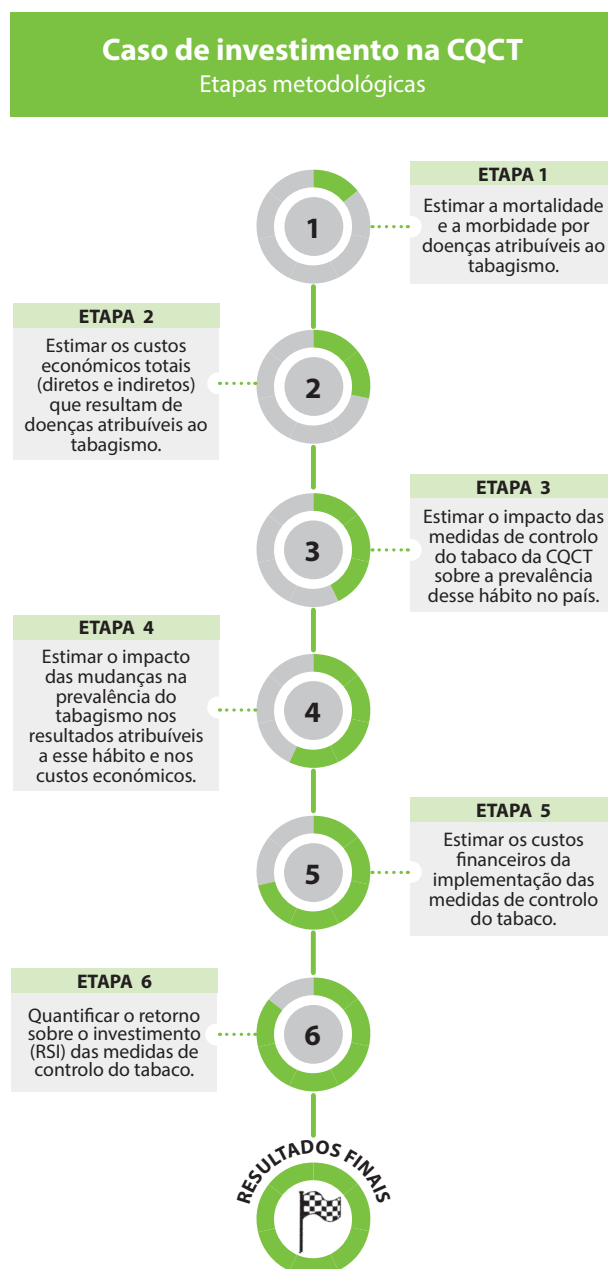
O objetivo do caso de investimento na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) é quantificar o fardo do consumo do fumo para a economia e a saúde em Cabo Verde, bem como estimar o efeito que a implementação das medidas de controlo do tabaco teria na redução dessa carga.

Um modelo estatístico desenvolvido pela RTI International conduziu o caso de investimento e executou as etapas metodológicas na **Figura 2**. As ferramentas e os métodos usados para realizar essas etapas estão descritos a seguir. Os leitores interessados podem também acessar o Anexo Técnico para obter uma descrição mais detalhada dessa metodologia.

A equipe do Caso de investimento na CQCT trabalhou com parceiros locais para coletar dados nacionais para o modelo. Quando os dados não estavam disponíveis ou em outras fontes no país, a equipe utilizou dados regionais e globais disponíveis publicados em fontes como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o banco de dados do Banco Mundial, estudos da Carga Global da Morbidade (GBD, na sigla em inglês) e a literatura acadêmica.

No caso de investimento, os custos e os benefícios monetários são informados em escudos cabo-verdianos no valor de 2017 e descontados a uma taxa de 3%.

Fig. 2: Estruturação do caso de investimento na CQCT



5. Resultados

5.1 Fardo atual do consumo do tabaco: custos económicos e para a saúdeⁱⁱ

É fato que consumo do tabaco prejudica o crescimento económico. Em 2017, o consumo desse produto causou 104 mortes em Cabo Verde, 60% das quais referem-se a cidadãos com menos de 70 anos.³⁴ Como resultado, o país perdeu em anos produtivos que esses indivíduos teriam contribuído como força de trabalho. As perdas económicas em 2017 em virtude da mortalidade prematura relacionada ao tabagismo são estimadas em 433,5 milhões CVE.

Embora os custos da mortalidade prematura sejam altos, as consequências do consumo do tabaco começam muito antes da morte. À medida que os indivíduos começam a sofrer por doenças atribuíveis ao tabagismo (por exemplo, doenças cardíacas, acidentes vasculares cerebrais, cânceros, etc.), são necessários cuidados médicos dispendiosos para tratá-los. Os gastos com tratamento médico das doenças causadas pelo tabaco custaram ao Governo 86,7 milhões CVE em 2017 e fizeram com que os cidadãos do país gastassem 31,7 milhões CVE do próprio bolso. No total, o fumo do cigarro causou 122,4 milhões CVE em gastos com saúde.

Além de implicar custos para com a saúde, à medida que os indivíduos ficam doentes é mais provável que eles percam dias de trabalho (absenteísmo) ou que sejam menos produtivos no trabalho (presenteísmo). Em 2017, os custos do absenteísmo por causa de doenças relacionadas ao tabagismo foram de 173,2 milhões CVE e os custos de presenteísmo em razão do consumo de cigarro foram de 520,5 milhões CVE.

Finalmente, mesmo em seus anos saudáveis, os fumadores em atividade são menos produtivos que os não fumadores. Os fumadores levam pelo menos dez minutos por dia a mais em intervalos do que os funcionários que não fumam.³⁵ Se dez minutos de tempo forem avaliados pelo salário médio do trabalhador, o impacto do conjunto diário de 20.919 empregados fumadores que consomem dez minutos todo dia nos intervalos equivale à perda de 368,7 milhões CVE na produção anual. No total, o tabagismo custou à economia de Cabo Verde 1,62 mil milhões CVE em 2017,ⁱⁱⁱ o equivalente a cerca de 1,06% do Produto Interno Bruto (PIB) da nação naquele ano. A **Figura 3** divide os custos diretos e indiretos; já a **Figura 4** ilustra as perdas anuais de saúde que ocorrem como consequência do uso do tabaco.

ii Ao avaliar o “fardo atual” do consumo do tabaco, os custos económicos da mortalidade prematura incluem o custo de mortes prematuras por qualquer forma de exposição ao fumo (incluindo o fumo ativo e ambiental). Somente os custos atribuíveis ao tabagismo (não atribuíveis ao tabaco) são calculados para gastos com saúde, absenteísmo, presenteísmo e intervalos para fumadores. Embora outras formas de tabagismo também possam causar perdas nessas categorias, não há dados disponíveis para identificar essas perdas.

iii As partes componentes podem não montar exatamente a 1,62 mil milhões por causa de arredondamentos.

O fardo atual do consumo do tabaco

Fig. 3: Subdivisão dos custos económicos diretos e indiretos (milhões de escudos)

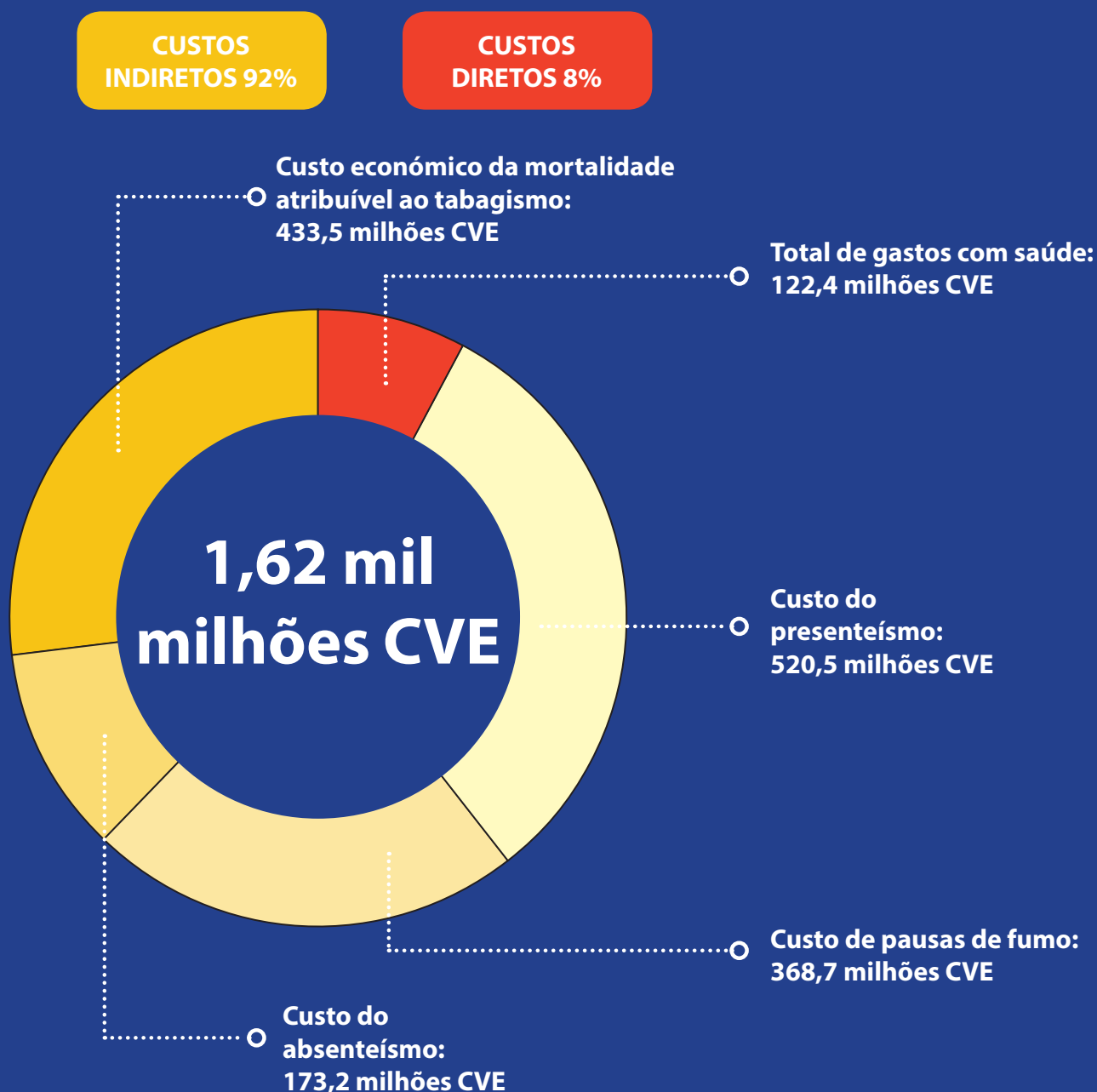


Fig. 4: Mortes atribuíveis ao tabagismo por doença em 2017 (30 anos ou mais). (Dados extraídos por meio da ferramenta de resultados da Carga Global da Morbidade, do Instituto para as Métricas da Saúde e Avaliação [IHME, na sigla em inglês], com base na contribuição do país. Outras doenças incluem: tuberculose, asma, cardiopatia hipertensiva, cancro de lábio e cavidade oral, cancro de esôfago, cancro de laringe, cancro de fígado, outras doenças cardiovasculares e circulatórias, úlcera péptica, cancro de pâncreas, cancro nasofaríngeo, cancro de bexiga, leucemia, aneurisma da aorta, fibrilação atrial e flutter atrial, cancro renal, outras doenças respiratórias crônicas, doença arterial periférica e artrite reumatoide.)



5.2 Implementação de medidas que reduzam o fardo do consumo do tabaco

Ao implementar as novas medidas da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) da OMS, ou reforçar as já existentes, Cabo Verde pode assegurar retornos económicos e de saúde significativos, bem como começar a reduzir as perdas anuais diretas e indiretas de 1,62 mil milhões CVE que ocorrem em razão do uso do tabaco.

Esta seção apresenta os benefícios económicos e para a saúde resultantes de medidas individuais para: (1) aumentar a tributação do tabaco a fim de limitar o acesso a esse produto; (2) proibir o tabaco em todos os espaços públicos e melhorar a legislação; (3) realizar campanhas nacionais antitabaco na mídia de comunicação de massa para aumentar a sensibilização sobre os danos do consumo do tabaco; 4) proibir todas as formas de publicidade, promoção e patrocínio ao tabaco; 5) implementar a embalagem padronizada de produtos do tabaco; e 6) Implementar embalagens de produtos do tabaco com importantes advertências sanitárias, demonstrando os efeitos nocivos de seu consumo para a saúde.

5.2.1 Benefícios para a saúde — vidas salvas

A adoção do conjunto de medidas de controlo do tabaco (inclusive todas as 6 medidas listadas acima) reduziria a prevalência do tabagismo, levando a ganhos substanciais na saúde. Especificamente, a adoção do conjunto reduziria a prevalência do tabagismo em 63,2% em 15 anos, salvando 574 vidas entre 2019 e 2033 ou 38 vidas a cada ano.

5.2.2 Benefícios económicos

A implementação do conjunto de medidas de controlo do tabaco resultaria para Cabo Verde na economia de 35% das perdas económicas decorrentes do fumo, cuja ocorrência prevê-se para os próximos 15 anos. A **Figura 5** ilustra a medida em que o país pode reduzir as perdas económicas que se espera que ocorram na resposta à situação atual.

Fig. 5: Perdas económicas relacionadas ao tabagismo ao longo de 15 anos: o que acontecerá se Cabo Verde não fizer nada versus se o Governo implementar medidas para reduzir a demanda por tabaco

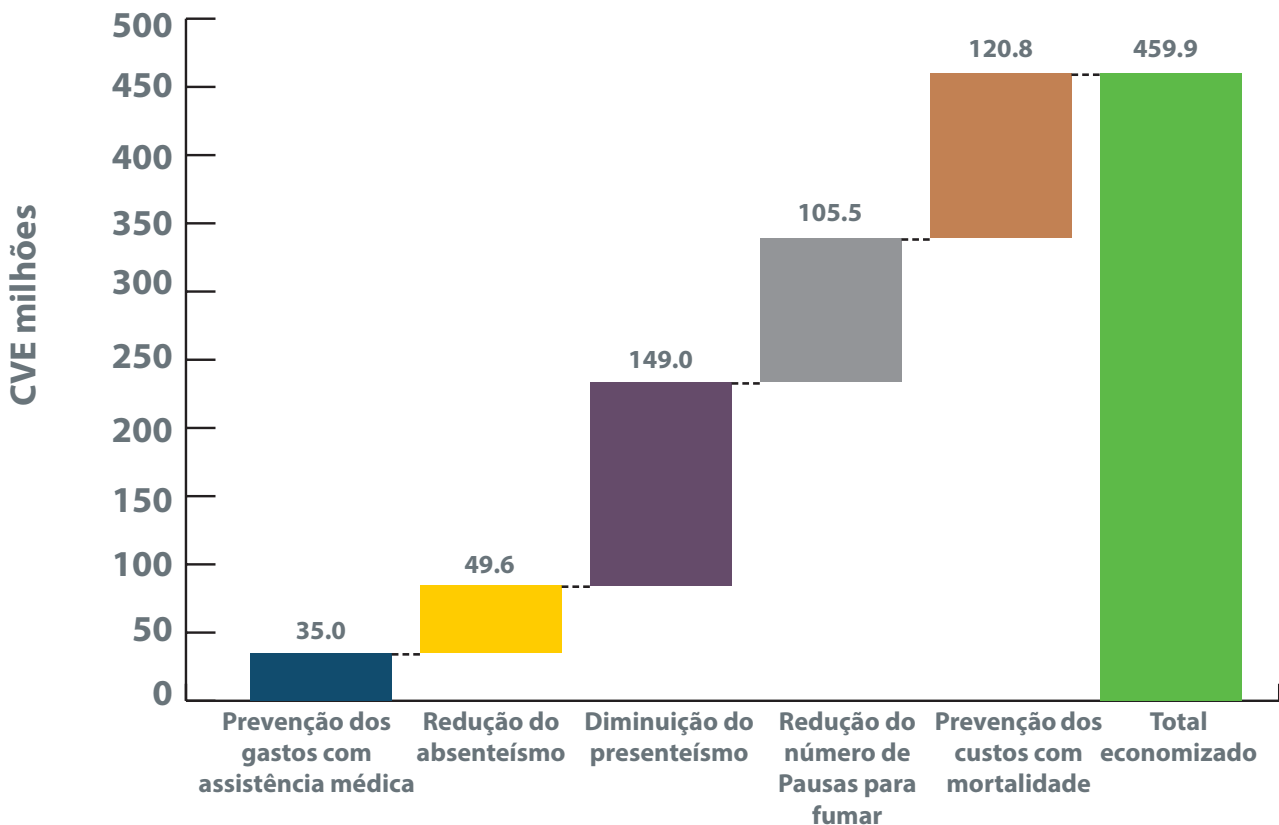


No total, em 15 anos, Cabo Verde pouparia cerca de CVE 6,90 mil milhões, que de outro modo seriam perdidos se não implementasse o conjunto de medidas de controlo do tabaco. Isso equivale a cerca de 460 milhões CVE em perdas económicas anuais evitadas.

As perdas económicas evitadas derivam da redução dos custos diretos e indiretos do uso do tabaco. Pessoas mais saudáveis precisam de menos tratamento por complicações de doenças, resultando em economia direta de custos para o governo. Além disso, uma melhor saúde leva ao aumento da produtividade do trabalhador. Menos indivíduos em idade laboral deixam a força de trabalho prematuramente em decorrência da morte. Os trabalhadores perdem menos dias de trabalho (absenteísmo) e são menos prejudicados por complicações de saúde durante o trabalho (presenteísmo). Finalmente, como a prevalência do tabagismo diminui, menos indivíduos fazem pausas para fumar no local de trabalho.

A **Figura 6** divide as fontes sobre as quais os ganhos económicos anuais acumular-se-ão. A maior economia anual resulta na diminuição do presenteísmo (CVE 149 milhões). A próxima fonte mais alta de economia anual é a redução dos custos com mortalidade (CVE 120,8 milhões), seguida por redução do número de pausas para fumar (CVE 105,5 milhões), diminuição do absenteísmo (CVE 49,6 milhões) e redução dos gastos com saúde (CVE 35 milhões).

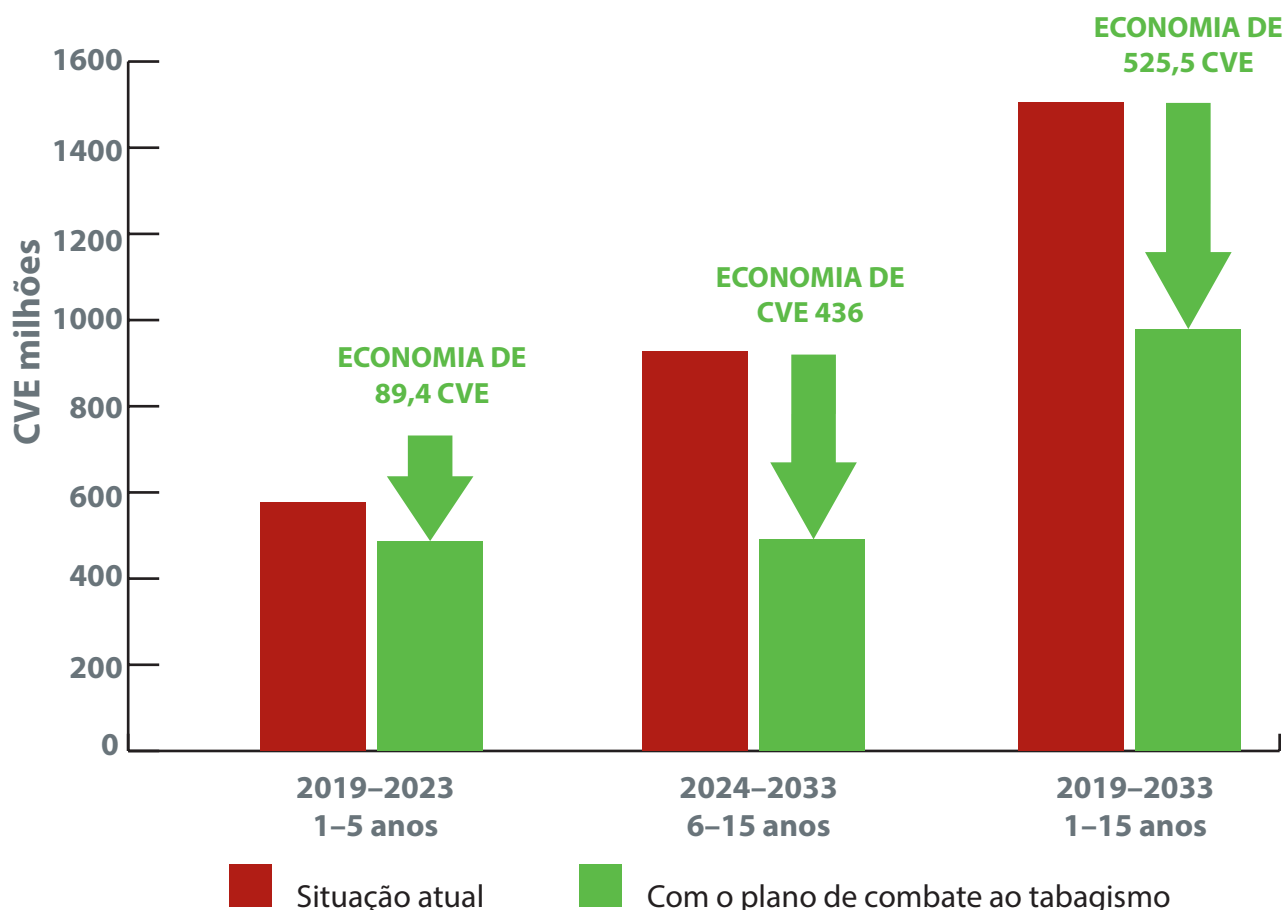
Fig. 6: Fonte da economia anual criada com a implementação do conjunto de medidas de controlo do tabaco



A implementação do conjunto de medidas de controlo do tabaco reduz as despesas médicas tanto dos cidadãos quanto do Governo. Atualmente, o total anual de despesas com cuidados de saúde públicos e privados em Cabo Verde é de cerca de 8,16 mil milhões CVE,³⁶ dos quais cerca de 1,5% estão diretamente relacionados com o tratamento de doenças e enfermidades proveniente do consumo de tabaco (em torno de CVE 122,4 milhões).

Ano após ano, o conjunto de intervenções reduzirá a prevalência do tabagismo, o que levará a menos doenças e, conseqüentemente, menos gastos com a saúde. No horizonte de tempo da análise, as intervenções evitará 525,5 milhões CVE nas despesas com cuidados de saúde, ou cerca de CVE 35 milhões anuais (ver **Figura 7**), com 71% de economia para o Governo e 26% para cidadãos individuais, que de outro modo teriam os cuidados de saúde pagos por conta própria. Assim, apenas com os custos reduzidos dos cuidados de saúde, a administração pública deve economizar cerca de 372,4 milhões em 15 anos. Simultaneamente, o Governo reduzirá com sucesso a carga de gastos com saúde que o tabagismo impõe aos cidadãos nacionais, envidando esforços para reduzir as dificuldades económicas das famílias. Quer dizer que, em vez de gastar com o tratamento de doenças evitáveis, essas famílias poderão investir mais em nutrição, educação e outros insumos para garantir um futuro melhor.

Fig. 7: Custos na saúde pública e privada (e economias) ao longo do período de 15 anos



5.2.3 Retorno sobre o Investimento

Da perspectiva económica, um investimento é considerado vantajoso se os ganhos obtidos superaram os custos. Uma análise do Retorno sobre o Investimento (RSI) mede a eficiência dos investimentos de controlo do tabaco ao dividir os benefícios económicos obtidos com a implementação das medidas da CQCT pelos custos dos investimentos. Para o caso de investimento em Cabo Verde, o RSI de cada intervenção foi avaliado a curto prazo (período de cinco anos) para alinhar-se com o planeamento e ciclos políticos, assim como a médio prazo (período de 15 anos). O RSI mostra o melhor retorno para cada intervenção e para o conjunto completo de medidas. Os benefícios líquidos são uma medida que mostram quais intervenções devem ter o maior impacto.

A **Tabela 2** mostra os custos, benefícios e RSIs por intervenção, bem como combinadas. Todas as intervenções individuais produzem um RSI positivo nos primeiros cinco anos, o que significa que até mesmo resultados de curto prazo serão alcançados. Dependendo da intervenção, nos primeiros cinco anos, o Governo recuperará de 3 a 7 vezes o seu investimento. Os RSIs de cada intervenção continuam a crescer ao longo do tempo, reflexos da eficácia crescente e gradual do planeamento, desenvolvimento e total implementação das medidas.

Tabela 2: Retorno sobre o Investimento por conjunto de medidas de controlo do tabaco (milhões de escudos)

	Primeiros 5 anos (2019–2023)			Todos os 15 anos (2019–2033)		
	Custos totais (CVE milhões)	Benefícios líquidos (CVE milhões)	RSI	Custos totais (CVE milhões)	Benefícios líquidos (CVE milhões)	RSI
Intervenções contra o tabagismo* (todas as medidas/intervenções implementadas simultaneamente)	380	1,174	3	840	6,899	8
Aumento dos impostos (Artigo 6 da CQCT/OMS)	73	364	5	158	2,548	16
Proteção das pessoas contra o fumo (Artigo 8 CQCT/OMS)	73	265	4	138	2,030	15
Advertência Sanitárias (Artigo 11 da CQCT/OMS)	41	274	7	80	2,090	26
Embalagem padronizada (Artigo 11 da CQCT/OMS)	41	104	3	80	813	10
Campanhas de comunicação de massa (Artigo 12 da CQCT/OMS)	71	260	4	205	1,993	10
Proibição de publicidade (Artigo 13 da CQCT/OMS)	42	206	5	84	1,591	19

(*) O impacto combinado de todas as intervenções não é a soma das intervenções individuais. Para avaliar o efeito conjunto das intervenções, segundo Levy et al. (2018): "(...) tamanhos de efeito [são aplicados] como reduções relativas constantes; isto é, para as medidas i e j com tamanhos de efeito PRi e PRj, $(1-PR_i) \times (1-PR_j)$ [é] aplicado à prevalência atual de tabagismo." [37, p. 454].

Ao longo do período de 15 anos, espera-se que imagens e advertências sanitárias tenham o maior Retorno sobre o Investimento (RSI): para cada Escudo cabo-verdiano investido no controlo do tabaco, pode-se esperar o retorno de CVE 26 em benefícios económicos. O RSI mais alto a seguir é a proibição de publicidade (19:1), seguida pelo aumento de impostos (16:1), a proteção das pessoas contra o fumo ambiental (15:1), embalagem padronizada (10:1) e implementação de uma campanha de comunicação de massa (10:1). O fato de os maiores RSIs resultarem mais das medidas fiscais e regulatórias, do que de sensibilização, demonstram o impacto de medidas fiscais e regulatórias para a saúde e o desenvolvimento.

5.2.4 Controlo do tabaco como um acelerador dos ODS

A adoção de seis medidas^{iv} destinadas a reduzir a procura pelo tabaco permitirá a Cabo Verde cumprir a Meta 3.A dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) — de reforçar a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) da OMS. Além disso, agir agora contribuirá para os esforços do país em cumprir a Meta 3.4 dos ODS — de reduzir em um terço a mortalidade prematura por Doenças Não Transmissíveis (DNTs) até 2030.

Em Cabo Verde, em 2017, 591 mortes prematuras entre os 30 e os 69 anos foram causadas pelas quatro principais DNTs: doenças cardiovasculares, diabetes, cancro e doenças pulmonares crónicas. Aproximadamente 18% dessas mortes prematuras ocorreram como consequência do uso do tabaco.

A adoção das medidas da CQCT da OMS descritas no caso de investimento reduziria a prevalência do consumo do tabaco — um fator de risco chave para a incidência das DNTs — prevenindo 201 mortes prematuras por causa dessas quatro principais DNTs nos próximos 12 anos (2019–2030). A prevenção dessas mortes contribui com cerca de 7% da redução necessária na mortalidade prematura para cumprir a Meta 3.4 dos ODS.

^{iv} Aumentar a tributação do tabaco a fim de limitar o acesso a esse produto; implementar a proibição ao tabaco em todos os locais públicos para proteger as pessoas do fumo; Exigir que produtos e embalagens de tabaco contenham ampla coertura por advertência sanitária descrevendo os efeitos nocivos de seu consumo; estabelecer a embalagem padronizada para todos os produtos do tabaco; promover a sensibilização pública sobre questões de controlo do tabaco — e os danos de seu consumo — através dos meios de comunicação de massa; e proibir todas as formas de publicidade, patrocínio e promoção do tabagismo, direta e indireta.



Meta 3.A dos ODS

**Até
2030, as
medidas
devem...**



reduzir a prevalência do consumo de cigarros em mais de três quintos dos níveis atuais.

reduzir os custos económicos decorrentes do consumo do tabaco em CVE 5,3 mil milhões, incluindo a economia de mais de 404 milhões CVE em gastos com saúde.

conduzir a economias que superem significativamente os custos (consulte a **Tabela 3**).

Tabela 3: Retorno sobre o Investimento na dos ODS (2030) em consequência da medida/ intervenção contra o tabagismo

	Custos totais (CVE milhões)	Benefícios líquidos (CVE milhões)	RSI
Conjunto contra o tabagismo (todas as medidas/intervenções implementadas simultaneamente)	719	5,300	7
Advertência Sanitária (Artigo 11 da CQCT/OMS)	70	1,582	23
Proibições de publicidade (Artigo 13 da CQCT/OMS)	73	1,203	17
Aumento dos impostos (Artigo 6 da CQCT/OMS)	136	1,859	14
Proteção das pessoas contra o fumo (Artigo 8 da CQCT/OMS)	121	1,536	13
Campanhas de comunicação de massa (Artigo 12 da CQCT/OMS)	169	1,508	9
Embalagem padronizada (Artigo 11 da CQCT/OMS, em conformidade com as Orientações para a Implementação da Conferência das Partes – COP)	70	614	9

6. Conclusão e recomendações

A cada ano, o consumo do tabaco custa a Cabo Verde CVE 1,62 mil milhões em perdas económicas e subtrai ganhos importantes no que tange ao desenvolvimento humano. Felizmente, o caso de investimento mostra que é possível reduzir o fardo social e económico oriundos do tabagismo no país. A adoção das medidas multissetoriais recomendadas para o controlo do tabaco salvaria vidas a cada ano, reduzindo a incidência de doenças, assim como produzindo superávite em decorrência de custos médicos e de perdas de produtividade evitados. Em termos económicos, esses benefícios são substanciais, montando a 1,06% do PIB em 2017 e 19,76 mil milhões CVE nos próximos 15 anos. Além disso, os benefícios económicos do fortalecimento das medidas de controlo do tabaco em Cabo Verde, bem como a implementação de novas medidas, excedem grandemente os custos de pô-las em prática (CVE 6,9 mil milhões em benefícios versus apenas 840 milhões CVE).



Adotar uma lei abrangente de controlo do tabaco

Embora a situação geral do tabagismo no país não seja dramática, a falta de uma legislação abrangente para o controlo desse mal é a fragilidade mais notória da resposta nacional à questão. Em muitos aspectos, o país pode considerar-se privilegiado em razão de o consumo do tabaco e seus impactos à saúde não estarem mais enraizados. À medida que os níveis de prevalência do tabagismo baixam em países desenvolvidos, nações como Cabo Verde chamarão mais a atenção das empresas multinacionais do tabaco. Por isso, a maneira mais efetiva de preservar baixos níveis de prevalência de tabagismo no país é a adoção e a implementação de um projeto de lei abrangente, como o apresentado neste caso de investimento.



*Crédito da imagem: ©
Alain LM via Flickr*

**2**

Aumentar ou não os impostos sobre o tabaco (para fumo ou não) a fim de limitar o acesso

Os níveis de tributação do tabaco são particularmente baixos em Cabo Verde, onde os impostos equivalem apenas a 11,2% do preço de avulso da marca de cigarros mais vendida, muito abaixo do nível recomendado pela OMS (70% do preço de avulso). Aumentar os impostos sobre os produtos do tabaco, com o intuito de limitar o acesso a estes, alcançaria duplo objetivo de reduzir o consumo (e assim melhorar os índices na saúde) e fornecer ao setor público a receita adicional necessária para investir em outras iniciativas de desenvolvimento sustentável. O Ministério das Finanças e o da Saúde trabalham numa parceria promissora com a intenção de aumentar a taxaço dos produtos do tabaco e simplificar a estrutura tributária, eliminando gradativamente o imposto *ad valorem* em favor de uma taxaço mais específica que seja constantemente aumentada acima da inflação.

**3**

Engajar o setor de turismo na liderança do controlo do tabaco

O turismo representa mais de um quarto do PIB de Cabo Verde. Essa grande parcela faz com que as partes interessadas e envolvidas com o turismo, incluindo o Ministério do Turismo, entidades privadas e os próprios turistas, sejam essenciais para garantir o cumprimento efetivo das leis e medidas de controlo do tabaco. Cabo Verde tem a vantagem de seu Ministério do Turismo estar claramente disposto a reforçar o controlo ao tabaco, beneficiando a economia do setor. Uma pesquisa recente nos Estados Unidos revelou que 97% de todos os quartos de hotel são reservados a não fumadores, e que a maioria dos turistas em visita à Cabo Verde vem de países com regulamentações mais fortes contra o fumo em público. Isso significa que os turistas em visita ao país saberão como se ajustar às medidas antitabaco, aumentando assim as possibilidades de abraçar tais iniciativas.

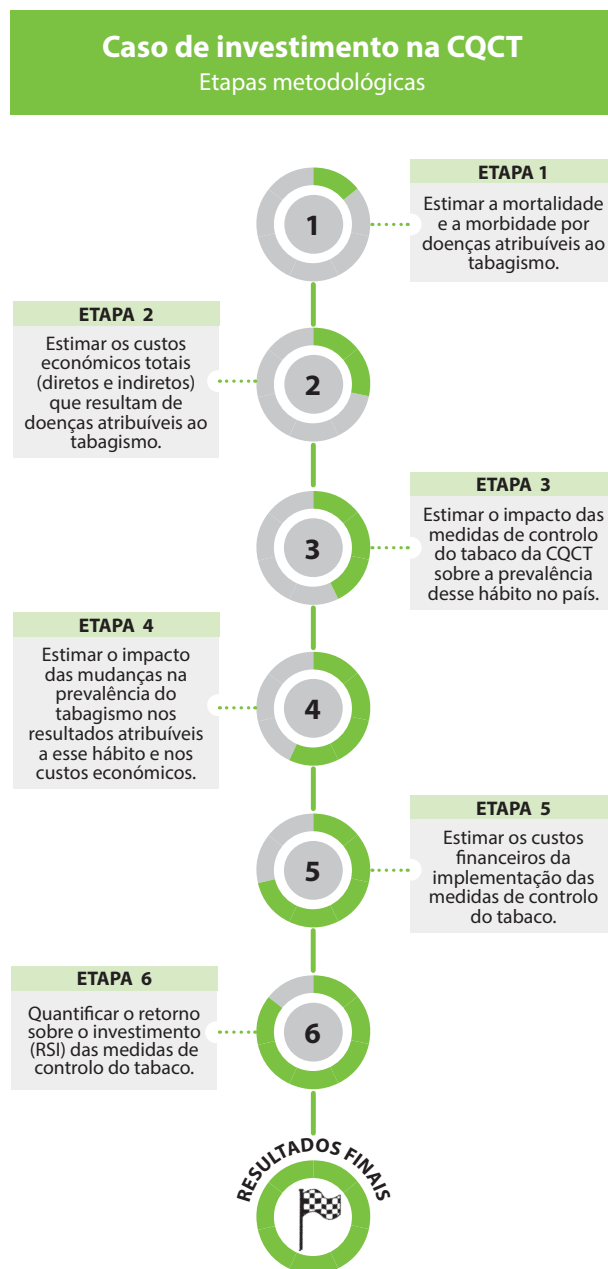
7. Anexo de metodologia

O objetivo do caso de investimento na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) em Cabo Verde é de quantificar o atual fardo económico e para a saúde que o consumo do tabaco tem no país, bem como estimar o impacto que a implementação de medidas de controlo teria na redução do tabagismo.

Um modelo estatístico desenvolvido pela *RTI International* conduziu o caso de investimento e executou as etapas metodológicas na **Figura 8**. As ferramentas e os métodos usados para realizar essas etapas estão descritos a seguir. Os leitores interessados podem também acessar o Anexo Técnico para obter uma descrição mais detalhada dessa metodologia. A equipe do caso de investimento na CQCT trabalhou com parceiros locais para coletar dados nacionais para o modelo. Quando os dados não estavam disponíveis no Governo ou em outras fontes no país, a equipe utilizou dados regionais e globais disponíveis publicamente em fontes como a Organização Mundial da Saúde (OMS), banco de dados do Banco Mundial, estudos da Carga Global da Morbidade (GBD, na sigla em inglês), bem como literatura acadêmica.

No caso de investimento, os custos e os benefícios calculados são informados em escudos cabo-verdianos no valor de 2017 e descontados a uma taxa de 3%.

Fig. 8: Estruturação do caso de investimento na CQCT



7.1 Visão geral

A análise económica consiste de duas partes: (1) avaliar o fardo atual do consumo do tabaco, e (2) examinar até que ponto as disposições da CQCT podem reduzi-lo. As duas primeiras etapas metodológicas descritas na **Figura 8** são empregadas para avaliar o fardo atual desse consumo, enquanto que as etapas metodológicas 3–6 avaliam os custos e benefícios da implementação ou da intensificação das normas da CQCT para limitar a demanda por tabaco. As ferramentas e métodos utilizados para realizar essas etapas metodológicas estão detalhados a seguir.

7.2 COMPONENTE UM: FARDO ATUAL

O componente do modelo de fardo atual exibe uma visão do ônus económico e para a saúde que o consumo do tabaco tem em Cabo Verde presentemente.



ETAPA 1

Estimar a mortalidade e a morbidade por doenças atribuíveis ao tabagismo.

O modelo de caso de investimento provenientes do Estudo da Carga Global da Morbidade (GBD, na sigla em inglês), de 2017, apresenta dados específicos de vários países sobre a morbidade e a mortalidade causadas por doenças atribuídas ao fumo.³⁸ O estudo estima em que medida o tabagismo e a exposição ao fumo ambiental contribuem para a incidência de 31 doenças, anos de vida saudável perdidos e mortes em 195 países.



ETAPA 2

Estimar os custos económicos totais (diretos e indiretos) que resultam de doenças atribuíveis ao tabagismo.

Em seguida, o modelo estima os gastos totais de doenças e mortes causadas pelo consumo do tabaco, incluindo os custos diretos e indiretos.^v O *custo direto* refere-se aos gastos com a saúde atribuíveis ao tabagismo. O *indireto*, ao valor de vidas perdidas em decorrência de mortalidade prematura atribuível ao tabagismo e aos custos de produtividade da força de trabalho: absenteísmo, presenteísmo e de pausas para fumar.

^v Ao avaliar o fardo atual do consumo do tabaco, os custos económicos da mortalidade prematura incluem o custo de mortes prematuras em razão de qualquer forma de exposição ao fumo (incluindo o fumo ativo e o ambiental, bem como o uso de outros tipos de produtos do tabaco). Somente os valores atribuíveis ao tabagismo (não atribuíveis ao tabaco) são calculados para gastos com saúde, absenteísmo, presenteísmo e intervalos para fumar. Embora outras formas de tabagismo também possam causar perdas nessas categorias, não há dados disponíveis para identificar tais perdas.

Custos diretos – incluem gastos públicos (pagos pelo governo), privados (seguros, do próprio bolso) e outros gastos com a saúde. A proporção de custos na saúde atribuíveis ao fumo foi obtida da pesquisa de Goodchild et al. (2018), que estimou que o valor dos gastos totais com a saúde em Cabo Verde é de 8,5%.³⁹

Custos indiretos – representam o valor financeiro do tempo subtraído, da perda na capacidade produtiva ou na qualidade de vida resultante de doenças relacionadas ao tabagismo. Tais custos se acumulam quando o consumo do tabaco causa morte prematura, anulando assim as contribuições económicas e sociais únicas que um indivíduo teria feito nos anos de vida subsequentes. Além disso, o uso do tabaco resulta em perdas de produtividade. Em comparação com os não fumadores, os indivíduos tabagistas são mais propensos a faltar ao trabalho (absenteísmo), ser menos produtivos no trabalho por culpa das doenças relacionadas ao fumo (presenteísmo) e a fazer mais pausas durante o turno laboral para fumar.

- *O custo económico da mortalidade prematura por causa do consumo do tabaco* – a mortalidade prematura é avaliada usando-se a abordagem do capital, que coloca um valor económico em cada ano de vida perdido. Usando dados da Carga Global da Morbidade (GBD, na sigla em inglês) sobre a idade na qual ocorrem mortes atribuíveis ao tabagismo, o modelo calcula o número total de anos de vida perdidos em consequência do fumo numa determinada população. Cada ano de vida é estimado em 1,4 vez o PIB per capita. Seguindo a “abordagem de renda total” empregada por Jamison et al. (2013).⁴⁰
- *Custos de produtividade* – os custos de produtividade consistem naqueles decorrentes do absenteísmo, presenteísmo e de interrupções no trabalho em razão da necessidade de fumar. O modelo incorpora estimativas da literatura acadêmica sobre o número de dias extras perdidos por causa do fumo ativo (2,6 dias por ano).⁴¹ As perdas do presenteísmo são obtidas semelhantemente, em pesquisa que mostra que os fumadores na China, nos EUA e em cinco países europeus têm cerca de 22% mais comprometimentos no trabalho, se comparados aos que nunca fumaram, por causa de problemas de saúde.⁴² A produtividade perdida em razão das pausas para fumar é avaliada sob a suposição conservadora de que os trabalhadores que fumam fazem dez minutos de intervalos extras por dia.⁴³

7.3 COMPONENTE DOIS: MEDIDAS/CASOS DE INTERVENÇÃO

Esta parte avalia os efeitos das disposições de controlo do tabaco da CQCT sobre a mortalidade e a morbilidade, bem como sobre os custos económicos totais (diretos e indiretos) associados ao consumo do tabaco. A mortalidade e a morbilidade, assim como os custos económicos para os casos de intervenção/medida de controlo do tabaco, são comparadas com a situação vigente, que é baseada em estimativas dos fardos atuais.



ETAPA 3

Estimar o impacto das disposições de controlo do tabaco da CQCT na prevalência desse mal.

A seleção das medidas prioritárias da CQCT formuladas dentro do cenário de investimento alinha-se à Estratégia Global para Acelerar o Controlo do tabaco⁴⁴ elaborada após decisão na Sétima Sessão da Conferência das Partes (COP7, na sigla em inglês) para a CQCT da OMS. Sob o Objetivo 1.1 da estratégia, as partes buscam acelerar a implementação da CQCT por meio do estabelecimento de prioridades claras nos campos em que provavelmente terão o maior efeito na redução do tabagismo. Isso inclui a implementação prioritária de políticas tarifárias e fiscais (*Artigo 6*), assim como medidas com datas-limite preestabelecidas na convenção, incluindo a proibição ao fumo em todos os lugares públicos (*Artigo 8*), advertências sanitárias e introdução da embalagem padronizada (*Artigo 11*), além de proibições abrangentes, como o banimento da publicidade, da promoção e do patrocínio ao tabagismo (*Artigo 13*). Ademais, dada a importância da sensibilização na mudança de comportamento e na formação de normas culturais, os casos de investimento incluem também a criação de campanhas de comunicação de massa contra o consumo do tabaco (*Artigo 12*).

Os impactos da implementação das disposições da CQCT são fornecidos pela literatura. O efeito da aplicação de leis antitabaco, a implementação da embalagem padronizada, a intensificação das proibições de publicidade e a condução de campanhas de comunicação de massa são derivadas de Levy et al. (2018)⁴⁵ e Chipty (2016),⁴⁶ conforme adaptado no Resumo do Consumo do Tabaco, do Anexo 3 do Plano de Ação Global 2013–2020 sobre Doenças Não Transmissíveis (NCD, na sigla em inglês) da OMS.⁴⁷ O impacto do aumento dos impostos sobre a prevalência do tabagismo é determinado pela “elasticidade da prevalência”, ou pela medida em que os indivíduos deixam de fumar em decorrência do aumento de preço do produto. A partir da evidência de que a variação de preços oscila entre –0,4 e –0,8 em países desenvolvidos,⁴⁸ presume-se que a variação vigente em Cabo Verde seja de –0,5, e que a oscilação da prevalência seja aproximadamente metade da variação de preço (–0,25).⁴⁹ A **Tabela 4** exibe os tamanhos de impacto usados na análise de cenário de investimento. Informações adicionais sobre sua derivação podem ser encontradas no Apêndice Técnico.

Dentro dessa análise, dá-se conta de que a implementação ou a intensificação de novas medidas de controlo do tabaco não se efetivam até a chegada do terceiro ano. Com exceção dos impostos — cujo efeito depende do tempo de aumento das alíquotas — o impacto total das medidas é gradual ao longo do período de cinco anos. O intervalo de adaptação acompanha as premissas da OMS⁵⁰ de que dois anos de planejamento e desenvolvimento são necessários antes de que as normas comecem a se tornar efetivas, seguidos por três anos de implementação parcial que refletem o tempo necessário para a execução dessas políticas. A partir daí, é trabalhar com afinco até que toda a implementação e execução estejam completas.

Tabela 4: Tamanho do impacto: redução relativa na prevalência do tabagismo atual em decorrência da medida/intervenção contra o tabagismo

Medidas/intervenção contra o tabagismo da CQCT	Redução relativa na prevalência de fumadores ativos		
	Primeiros 5 anos (2019–2023)	Anos 6–15 (2024–2033)	Após 15 anos (2019–2033)
Conjunto contra o tabagismo* (todas as medidas/intervenções implementadas simultaneamente)	41,3%	21,8%	63,2%
Aumentar os impostos sobre cigarros. (Artigo 6 da CQCT)	12,0%	11,7%	23,7%
Ampliar e fortalecer a adequação da proibição ao fumo em lugares públicos. (Artigo 8 da CQCT)	9,3%	6,8%	16,1%
Determinar que as embalagens com tabaco contenham grandes advertências Sanitárias. (Artigo 11 da CQCT)	9,6%	7,0%	16,6%
Implementar a embalagem padronizada. (Artigo 11 da CQCT)	3,6%	2,6%	6,2%
Gerenciar uma campanha de comunicação de massa para promover a sensibilização sobre a necessidade de controlo do tabaco. (Artigo 12 da CQCT)	9,1%	6,7%	15,8%
Decretar proibições abrangentes de todas as formas de publicidade, promoção e patrocínio ao tabagismo. (Artigo 13 da CQCT)	7,2%	5,3%	12,5%

(*) O impacto combinado de todas as intervenções não é a soma das intervenções individuais. Para avaliar o efeito conjunto das intervenções, segundo Levy et al. (2018): “(...) tamanhos de efeito [são aplicados] como reduções relativas constantes; isto é, para as medidas i e j com tamanhos de efeito PR_i e PR_j , $(1-PR_i) \times (1-PR_j)$ [é] aplicado à prevalência atual de tabagismo.” [51, p. 454].

7.4 Impacto das mudanças na prevalência do tabagismo



ETAPA 4

Avaliar o efeito das mudanças na prevalência do tabagismo por meio de indicadores de saúde atribuíveis ao fumo, assim como nos custos económicos.

Para analisar o impacto das medidas de redução do fardo do tabagismo para a economia e a saúde, o caso de investimento calcula e compara duas projeções: na situação atual, as iniciativas estão “congeladas”, o que significa que até o término da análise, em 2033, não haverá mudança a partir das medidas de controlo do tabaco vigentes. Já num cenário de intervenção, Cabo Verde implementa novas medidas ou intensifica as já existentes com o intuito de reduzir a prevalência do tabagismo. A diferença em resultados económicos e na saúde entre as duas situações retrocitadas representa os ganhos que o país pode alcançar ao tomar medidas específicas para reduzir esse problema social.

Os efeitos marginais das medidas são calculados usando o contexto atual como meio de comparação. Para calcular tais efeitos, o modelo subtrai o resultado obtido (número de mortes atribuíveis ao fator de risco, despesas com saúde, etc.) caso o caso de intervenção seja aplicado, daquele se o contexto atual for mantido. A diferença entre os dois resultados é a quantidade de mudança atingida com as ações.

Efeito marginal = resultado da situação-base (atual) — resultado sob o caso de Intervenção

Os efeitos marginais são calculados da seguinte forma para cada resultado:

- **Resultados na saúde:** para calcular as reduções na mortalidade e na morbidade em decorrência da implementação das medidas, as mudanças previstas na prevalência do tabagismo são aplicadas diretamente sobre os resultados atribuíveis ao fator de risco da Carga Global da Morbidade (GBD, na sigla em inglês) da situação atual. Isso significa que o modelo ajusta os resultados atribuíveis ao fator de risco tanto para a mortalidade quanto para a morbidade, conforme relatado pelo GBD, com base nas mudanças relativas ano a ano na prevalência do tabagismo para cada resultado.
- **Para os gastos com a saúde,** o modelo aplica as mudanças anuais previstas relativas à prevalência do tabagismo para cada cenário de intervenção nas Frações Atribuíveis à População — FAPs (*smoking-attributable fraction* — SAF, em inglês). As FAPs são ajustadas em proporções iguais sobre as mudanças relativas à prevalência do tabagismo para cada cenário de intervenção.
- **Os resultados do tabagismo no local de trabalho** são recalculados, substituindo a prevalência real (atual) desse problema social pela prevalência anual estimada para cada um dos cenários de intervenção estabelecidos.

7.5 Custos financeiros da implementação das medidas de controlo do tabaco



ETAPA 5

Estimar os custos financeiros da implementação das medidas de controlo do tabaco e as intervenções estabelecidas tanto individual quanto coletivamente.

Os custos financeiros para o governo com a implementação de novas medidas — ou com a intensificação ou reforço das já existentes — são calculados com a Ferramenta de Custeio NCD da OMS. Explicações completas dos custos e hipóteses incorporados nessa ferramenta estão à disposição.⁵²

A ferramenta usa uma abordagem “da base ao topo” ou “baseada em itens”. Nesse método, cada recurso necessário para implementar a medida de controlo do tabaco é identificado, quantificado e avaliado. A ferramenta estima o custo de vigilância, recursos humanos (para gerenciamento do programa, transporte, defesa de direitos e promulgação, bem como aplicação de legislação), treinamentos e reuniões, mídia de massa, suprimentos, equipamentos e outros componentes. Dentro da ferramenta, os custos acumulam-se de maneira diferente durante as cinco fases distintas de implementação: planejamento (primeiro ano), desenvolvimento (segundo ano), implementação parcial (de três a cinco anos) e implementação completa (do sexto ano em diante).

Nessas categorias a ferramenta contém custos-padrão de 2011, que são originários do estudo de custos CHOICE da OMS. Seguindo Shang et al., a ferramenta é atualizada em vários parâmetros para refletir os custos de 2017: dólares pela taxa de câmbio da moeda local (2017), taxa de câmbio da Paridade do Poder de Compra (2017), taxa de troca (US\$, 2017), PIB per capita (US\$, 2017), PIB per capital (PPP, 2017) população (total e a parcela com 15 anos ou mais, 2017), taxa de participação na força de trabalho (2017) e gasto governamental com saúde como porcentagem do gasto total em saúde (2015) [53, p. 5]. A não ser que dados do governo e de outras fontes do país sejam recebidos, o conteúdo utilizado provém do banco de dados do Banco Mundial, com exceção dos dados sobre a participação dos gastos governamentais em saúde, números populacionais e o preço da gasolina por litro. A parcela dos gastos do governo com a saúde como uma porcentagem do gasto total nesse setor é derivada do banco de dados de Gastos com a Saúde da OMS, e os números de habitantes são das Projeções sobre População da ONU.

7.6 Retorno sobre o Investimento



ETAPA 6

Quantificar o Retorno sobre o Investimento (RSI) para as diversas medidas de controlo do tabaco e as intervenções estabelecidas, individual e coletivamente.

A análise do RSI mede a eficácia dos investimentos de controlo do tabaco, dividindo o valor monetário dos ganhos em saúde dos investimentos pelos respectivos custos. O RSI responde à seguinte pergunta: quanto o governo pode esperar em troca por cada unidade monetária que ele investe em medidas de controlo do tabaco?

Os RSIs foram calculados para (i) cada uma das cinco medidas de controlo do tabaco e intervenções estabelecidas, (ii) perdas económicas totais e (iii) resultados específicos, tais como vidas salvas ou gastos com a saúde. As estimativas dos Etapas 3, 4 e 5 foram usadas para calcular os RSIs para intervalos de 5 e 15 anos.

$$\text{Retorno sobre o Investimento (RSI)} = \frac{\text{Benefícios da intervenção/medidas}}{\text{Custos de implementação da intervenção/medidas}}$$



Crédito da imagem: © Pixo7000 via Flickr

8. Referências

- 1 World Health Organization, *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Cabo Verde Country Profile*. 2017, World Health Organization: Geneva.
- 2 Institute for Health Metrics and Evaluation, *The Global Burden of Disease Results Tool*. 2017, University of Washington: Seattle, WA.
- 3 Goodchild, M., N. Nargis, and E. Tursan d'Espaignet, *Global economic cost of smoking-attributable diseases*. *Tob Control*, 2018. **27**(1): p. 58-64.
- 4 Chaker, L., et al., *The global impact of non-communicable diseases on macro-economic productivity: a systematic review*. *Eur J Epidemiol*, 2015. **30**(5): p. 357-95.
- 5 Anesetti-Rothermel, A. and U. Sambamoorthi, *Physical and mental illness burden: disability days among working adults*. *Popul Health Manag*, 2011. **14**(5): p. 223-30.
- 6 Wang, P.S., et al., *Chronic medical conditions and work performance in the health and work performance questionnaire calibration surveys*. *J Occup Environ Med*, 2003. **45**(12): p. 1303-11.
- 7 Husain, M.J., et al., *The crowding-out effect of tobacco expenditure on household spending patterns in Bangladesh*, in *PLoS One*. 2018.
- 8 John, R.M., *Crowding out effect of tobacco expenditure and its implications on household resource allocation in India*. *Soc Sci Med*, 2008. **66**(6): p. 1356-67.
- 9 Paraje, G. and D. Araya, *Relationship between smoking and health and education spending in Chile*. *Tob Control*, 2018. **27**(5): p. 560-567.
- 10 de Beyer, J., C. Lovelace, and A. Yurekli, *Poverty and tobacco*. *Tob Control*, 2001. **10**(3): p. 210-1.
- 11 Efroymsen, D., et al., *Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco consumption on the poor in Bangladesh*. *Tob Control*, 2001. **10**(3): p. 212-7.
- 12 *Tobacco and its environmental impact: an overview*. 2017, World Health Organization: Geneva.
- 13 Zafeiridou, M., N.S. Hopkinson, and N. Voulvoulis, *Cigarette Smoking: An Assessment of Tobacco's Global Environmental Footprint Across Its Entire Supply Chain*. *Environ Sci Technol*, 2018. **52**(15): p. 8087-8094.
- 14 *The Environmental Burden of Cigarette Butts*. *BMJ Tobacco Control*, 2011. **20**(Supplement 1).
- 15 World Health Organization, *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Cabo Verde Country Profile*. 2017, World Health Organization: Geneva.
- 16 World Health Organization, *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Cabo Verde Country Profile*. 2017, World Health Organization: Geneva.
- 17 *Cape Verde STEPS Survey 2007*. 2007, World Health Organization.
- 18 *Cape Verde STEPS Survey 2007*. 2007, World Health Organization.
- 19 World Health Organization, *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Cabo Verde Country Profile*. 2017, World Health Organization: Geneva.

- 20 Teixeira, J.M.D., *Core Questionnaire of the Reporting Instrument of WHO FCTC*. 2018, WHO Framework Convention on Tobacco Control Secretariat.
- 21 Teixeira, J.M.D., *Core Questionnaire of the Reporting Instrument of WHO FCTC*. 2018, WHO Framework Convention on Tobacco Control Secretariat.
- 22 Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and World Health Organization (WHO), *Cape Verde Global Youth Tobacco Survey*. 2007: United States.
- 23 Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and World Health Organization (WHO), *Cape Verde Global Youth Tobacco Survey*. 2007: United States.
- 24 Law No. 119/IV/95. 1995, www.tobaccocontrollaws.org: Cabo Verde.
- 25 WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019. Forthcoming, July 2019.
- 26 World Health Organization, *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Cabo Verde Country Profile*. 2017, World Health Organization: Geneva.
- 27 World Health Organization, *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Cabo Verde Country Profile*. 2017, World Health Organization: Geneva.
- 28 Tobacco Control Laws. *Tobacco Control Policy Fact Sheet Cape Verde: Smoke Free Places*. Available from: <https://www.tobaccocontrollaws.org/legislation/factsheet/sf/cape-verde>.
- 29 Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and World Health Organization (WHO), *Cape Verde Global Youth Tobacco Survey*. 2007: United States.
- 30 World Health Organization, *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Cabo Verde Country Profile*. 2017, World Health Organization: Geneva.
- 31 World Health Organization Regional Office for Africa. *Cabo Verde commemorates World No Tobacco Day 2017*. 2017 [cited 2019 2/1/2019]; Available from: <https://www.afro.who.int/news/cabo-verde-commemorates-world-no-tobacco-day-2017>.
- 32 WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019. Forthcoming, July 2019.
- 33 Tobacco Control Laws. *Tobacco Control Policy Fact Sheet Cape Verde: Smoke Free Places*. Available from: <https://www.tobaccocontrollaws.org/legislation/factsheet/sf/cape-verde>.
- 34 Institute for Health Metrics and Evaluation, *The Global Burden of Disease Results Tool*. 2017, University of Washington: Seattle, WA.
- 35 Berman, M., et al., *Estimating the cost of a smoking employee*. *Tob Control*, 2014. **23**(5): p. 428-33.
- 36 World Health Organization, *Global Health Expenditure Database*. 2019, World Health Organization.
- 37 Levy, D.T., et al., *The Impact of Implementing Tobacco Control Policies: The 2017 Tobacco Control Policy Scorecard*. *J Public Health Manag Pract*, 2018.
- 38 Institute for Health Metrics and Evaluation, *The Global Burden of Disease Results Tool*. 2017, University of Washington: Seattle, WA.
- 39 Ross, H., *Tracking and tracing tobacco products in Kenya*. *Prev Med*, 2017. **105s**: p. S15-s18.

-
- 40 Jamison, D.T., et al., Appendix 3: *Global health 2035: a world converging within a generation*. Salud Publica Mex, 2015. **57**(5): p. 444-67.
- 41 Berman, M., et al., *Estimating the cost of a smoking employee*. Tob Control, 2014. **23**(5): p. 428-33.
- 42 Baker, C.L., et al., *Benefits of quitting smoking on work productivity and activity impairment in the United States, the European Union and China*, in *Int J Clin Pract*. 2017.
- 43 Berman, M., et al., *Estimating the cost of a smoking employee*. Tob Control, 2014. **23**(5): p. 428-33.
- 44 WHO FCTC Secretariat. *Global Strategy to Accelerate Tobacco Control*. Available under: <https://www.who.int/fctc/implementation/global-strategy-to-accelerate-tobacco-control/en/>
- 45 Levy, D.T., et al., *The Impact of Implementing Tobacco Control Policies: The 2017 Tobacco Control Policy Scorecard*. J Public Health Manag Pract, 2018.
- 46 Chipty, T. *Study of the Impact of the Tobacco Plain Packaging Measure on Smoking Prevalence in Australia*. 2016 4/16/2018]; Available from: [https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/491CE0444F7B0A76CA257FBE00195BF3/\\$File/PIR%20of%20Tobacco%20Plain%20Packaging%20-%20with%20Addendum.docx](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/491CE0444F7B0A76CA257FBE00195BF3/$File/PIR%20of%20Tobacco%20Plain%20Packaging%20-%20with%20Addendum.docx).
- 47 *Tobacco Interventions for Appendix 3 of the Global Action Plan for Non Communicable Diseases*. 2017, World Health Organization.
- 48 *The Economics of Tobacco and Tobacco Control, in Monograph Series*. 2017, National Institutes of Health, National Cancer Institute.
- 49 Chapter 5. *Tax, price and adult tobacco use, in Effectiveness of tax and price policies for tobacco control*. 2011, International Agency for Research on Cancer: Lyon, France.
- 50 *Costing Tool – User Guide - Scaling Up Action against Noncommunicable Diseases: How Much Will It Cost?* 2012, World Health Organization.
- 51 Levy, D.T., et al., *The Impact of Implementing Tobacco Control Policies: The 2017 Tobacco Control Policy Scorecard*. J Public Health Manag Pract, 2018.
- 52 *Costing Tool – User Guide - Scaling Up Action against Noncommunicable Diseases: How Much Will It Cost?* 2012, World Health Organization.
- 53 Shang, C., et al., *Country-specific costs of implementing the WHO FCTC tobacco control policies and potential financing sources*. PLoS One, 2018. **13**(10): p. e0204903.



Empowered lives.
Resilient nations.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE E DA
SEGURANÇA SOCIAL



A necessidade de expandir a implementação da CQCT da OMS

Preparado pelo
RTI Internacional
Ministério da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
Secretariado da CQCT da OMS
Organização Mundial da Saúde
Fábio J.F. Carvalho (tradução e revisão)
Tomas I. Krejici (tradução)
Financiado pelo governo do Reino Unido

Junho 2019
