

LINHA EDITORIAL INTERNACIONAL DE APOIO AOS SISTEMAS DE SAÚDE



Comunidade dos Países de Língua Portuguesa e Determinantes Sociais da Saúde

**Comunidade dos Países de Língua
Portuguesa e Determinantes Sociais
da Saúde**

**Comunidade dos Países de Língua
Portuguesa e Determinantes Sociais
da Saúde**

© 2024 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde – LEIASS – Volume 11

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

Tiragem: 500 exemplares.

Brasília, março de 2024.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

C741 Comunidade dos Países de Língua Portuguesa e Determinantes Sociais da Saúde [livro eletrônico] / Organizadores Deborah Carvalho Malta... [et al.]. – Brasília, DF: CONASS, 2024. – (linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde; v. 11)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88631-37-9

1. Determinantes sociais da saúde. 2. Saúde pública. 3. Desigualdades da saúde. I. Malta, Deborah Carvalho. II. Silva, Alanna Gomes da. III. Ferrinho, Paulo. IV. Barros, Fernando Passos Cupertino de. V. Série.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2024

AC Pedro Pascoal Duarte Pinheiro Zambon

AL Gustavo Pontes de Miranda

AM Anoar Samad

AP Silvana Vedovelli

BA Roberta Silva de C. Santana

CE Tânia Mara Coelho

DF Lucilene Maria Florêncio de Queiroz

ES Miguel Paulo Duarte Neto

GO Rasível dos Reis Santos Junior

MA Tiago José Mendes Fernandes

MG Fábio Baccheretti Vitor

MS Maurício Simões Corrêa

MT Gilberto Figueiredo

PA Ivete Gadelha Vaz

PB Jhony Wesllys Bezerra Costa

PE Zilda do Rego Cavalcante

PI Antonio Luiz Soares Santos

PR Beto Preto

RJ Claudia Mello

RN Lyane Ramalho

RO Jefferson Ribeiro da Rocha

RR Cecilia Smith Lorenzon Basso

RS Arita Gilda Hübner Bergmann

SC Carmen Zanotto

SE Walter Pinheiro

SP Eleuses Paiva

TO Carlos Felinto Júnior

DIRETORIA DO CONASS 2023/2024

PRESIDENTE

Fábio Baccheretti Vitor (MG)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Lucilene Maria Florêncio de Queiroz (DF)

Região Nordeste

Tânia Mara Silva Coelho (CE)

Região Norte

Cecilia Lorenzon (RR)

Região Sudeste

Miguel Paulo Duarte Neto (ES)

Região Sul

Carmem Zanotto (SC)

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

COORDENAÇÃO TÉCNICA E ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando P. Cupertino de Barros

COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E DE FINANÇAS

Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

René José Moreira dos Santos

ASSESSORIA JURÍDICA

Mônica Lima

ASSESSORIA PARLAMENTAR

Leonardo Moura Vilela

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

Luiza Tiné

Elizena Rossy

ASSESSORIA TÉCNICA

Carla Ulhoa André

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Felipe Ferré

Fernando Campos Avendanho

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Heber Dobis Bernarde

Juliane Aparecida Alves

Luciana Tolêdo Lopes

Luciana Vieira Tavernard de Oliveira

Maria Cecília Martins Brito

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Sandro Terabe

Tereza Cristina Lins Amaral

INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL – IHMT

CONSELHO DE GESTÃO

Filomeno Fortes (Diretor)

Miguel Viveiros (Subdiretor)

Maria do Rosário Martins (Subdiretora)

João Pinto (Subdiretor)

Teresa Pires (Administradora)

CONSELHO CIENTÍFICO

Paulo Almeida (Presidente)

CONSELHO PEDAGÓGICO

Maria do Rosário Oliveira Martins (Presidente)

CONSELHO DE ÉTICA

Claudia Conceição (Presidente)

GABINETE DE COOPERAÇÃO E RELAÇÕES EXTERNAS

Celeste Figueiredo (Coordenadora)

GABINETE DE COMUNICAÇÃO E MARKETING

André Gonçalves

UNIDADES DE ENSINO E DE INVESTIGAÇÃO

Clínica Tropical

Jorge Seixas

Microbiologia Médica

Celso Cunha

Parasitologia Médica

João Pinto

*Saúde Pública Internacional
e Bioestatística*

Paulo Ferrinho

EQUIPE EDITORIAL

Deborah Carvalho Malta (Brasil)

Alanna Gomes da Silva (Brasil)

Fernando Passos Cupertino de Barros (Brasil)

Paulo Ferrinho (Portugal)

Manuela Mendonça Felício (ARS do Norte, Portugal)

Danina Coelho (Timor-Leste)

Maria Da Luz de Lima Mendonça (Cabo Verde)

Maria de Jesús Trovoada (São Tomé e Príncipe)

Mohsin Sidat (Moçambique)

Plácido Cardoso (Guiné-Bissau)

ORGANIZAÇÃO

Deborah Carvalho Malta

Alanna Gomes da Silva

Paulo Ferrinho

Fernando Passos Cupertino de Barros

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Aurora Verso e Prosa

PROGRAMAÇÃO VISUAL E DIAGRAMAÇÃO

ALM Apoio à Cultura

SUMÁRIO

Apresentação.....	16
-------------------	----

Metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionadas com a saúde nos Países de Língua Portuguesa, 1990 a 2030	20
--	----

Deborah Carvalho Malta, Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo, Laís Santos de Magalhães Cardoso, Alanna Gomes da Silva, Guilherme Augusto Veloso, Zulmira M. A. Hartz, Paulo Ferrinho, Fernando Passos Cupertino de Barros, Albano Ferreira, Plácido Cardoso, Maria da Luz Lima Mendonça, Mohsin Sidat

Determinantes sociais e desigualdades em saúde em Portugal: ontem e hoje	38
--	----

Manuela Mendonça Felício, Teresa Leão, Carlos Matos

Intersectorialidade: lições aprendidas para trabalhar fora da caixa	66
---	----

Marco Akerman, Rosilda Mendes, Carmen L A Santana, Grace Noronha, Douglas Andrade, Fátima Madalena de Campos Lico, Daniele Pompei Sacardo, Fabio Fortunato Brasil de Carvalho, Camila Cristina Barbosa dos Santos

A comunicação como determinante social da saúde: o caso dos Guias da Comunicação em Saúde no PNS 2030 – Portugal	90
--	----

Ana Duarte Melo, Sara Balonas, Teresa Ruão, Manuela Mendonça Felício, Carlos Matias Dias, Marta Barreto, Sónia Namorado, Baltazar Nunes, Mariana Neto, Mafalda Sousa-Uva

O contributo dos Inquéritos Nacionais de Saúde para o estudo dos determinantes sociais e das desigualdades em saúde em Portugal.....	114
--	-----

Carlos Matias Dias, Marta Barreto, Sónia Namorado, Baltazar Nunes, Mariana Neto, Mafalda Sousa-Uva

Obesidade e deficiências nutricionais nos Países de Língua Portuguesa: uma análise do estudo Carga Global de Doenças, 1990 a 2019	138
---	-----

Deborah Carvalho Malta, Crizian Saar Gomes, Alanna Gomes da Silva, Elier Broche Cristo, Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo, Guilherme Augusto Veloso, Manuela Mendonça Felício, Mohsen Naghavi, Shirlei Moreira da Costa Faria, Julia Bicas Buba, Paulo Ferrinho, Albano Vicente Lopes Ferreira, Plácido Cardoso, Maria da Luz Lima Mendonça, Mohsin Sidat, Fernando Passos Cupertino de Barros

Desafios da cobertura vacinal no Brasil: <i>fake news</i> e desigualdades.....	156
--	-----

Tércia Moreira Ribeiro da Silva, Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá

A violência contra as meninas e as mulheres na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa.....	178
--	-----

Nádia Machado de Vasconcelos, Shirlei Moreira da Costa Faria, Alanna Gomes da Silva, Guilherme Veloso, Sofia Reinach, Maria de Fátima Marinho de Souza, Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo, Albano Vicente Lopes Ferreira, Plácido Cardoso, Maria da Luz Lima Mendonça, Mohsin Sidat, Manuela Mendonça Felício, Paulo Ferrinho, Fernando Passos Cupertino de Barros, Deborah Carvalho Malta

O segundo Objetivo de Desenvolvimento Sustentável: vigilância da insegurança alimentar e da má nutrição no Brasil.....	190
<i>Caroline de Oliveira Gallo, Patrícia Constante Jaime</i>	
Saúde Global, Meio Ambiente e Desigualdades.....	220
<i>Luiz Augusto Galvão, Paulo Marchiori Buss</i>	
Os Determinantes Sociais da Saúde na Agenda 2030: histórico, conceituação e monitoramento das desigualdades em saúde nos países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa	244
<i>Ana Luisa Jorge Martins, Wanessa Debôrtoli Miranda, Fabricio Silveira, Rômulo Paes-Sousa</i>	
Fatores associados às hemoglobinopatias na população adulta brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde.....	264
<i>Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá, Luis Henrique Prado Carneiro, Francielle Thalita Almeida Alves, Alanna Gomes da Silva, Deborah Carvalho Malta</i>	
Determinantes Sociais da Saúde nos envenenamentos por mordeduras de serpentes em Angola de 2012 a 2022	286
<i>Rodelin Oliveros Oliveros, Manuel João de Lemos, Raúl Feio, Ema Fernandes, Tazi Nimi Maria</i>	
Migração em Portugal e na Europa: determinantes e impacto na saúde.....	300
<i>Rita Sá Machado</i>	

LISTA DE SIGLAS

AMS	Assembleia Mundial da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BCG	Bacilo de Calmette e Guérin
CE	Comissão Europeia
CECS	Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade
CEPEDOC	Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação
CIMETOX	Centro de Investigação e Informação de Medicamentos e Toxicologia
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CT&I	Ciência, Tecnologia e Inovação
DALY	Disability-Adjusted Life Year
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEPS/MS	Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde do Ministério da Saúde
DGS	Direção-Geral da Saúde
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
DTN	Doenças Tropicais Negligenciadas
DTP	Difteria, Tétano e Coqueluche
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
EEA GRANTS	European Economic Area Financial Mechanism
EFSA	European Food Safety Authority
EHES	European Health Examination Survey
EHIS	European Health Interview Survey
ESF	Equipe de Saúde da Família
EUROSTAT	Gabinete de Estatísticas da União Europeia
FAO	Food and Agriculture Organization
FIES	Food Insecurity Experience Scale
GBD	Global Burden of Disease
HPV	Papilomavírus Humano
IAN-AF	Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
IMC	Índice de Massa Corporal

INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Inquéritos Nacionais de Saúde
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP
INSAN	Insegurança Alimentar e Nutricional
INSEF	Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico
ISN	Inquérito Serológico Nacional
NASF-AB	Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
NHS	National Health Service
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
ONSA	Observatório Nacional de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNS	Plano Nacional de Saúde
PoU	Prevalence of Undernourishment
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SDI	Social Demographic Index
SDI	Sociodemographic Index
SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UE	União Europeia
URNM	Universidade Rainha Njinga a Mbande
VCMM	Violência Contra Meninas e Mulheres
VPI	Violência por Parceiro Íntimo

PRÓLOGO

A 11ª edição da série LEIASS, com a participação especial das professoras Deborah Carvalho Malta e Alanna Gomes da Silva como editoras convidadas, traz-nos uma abordagem abrangente sobre os determinantes sociais da saúde no universo dos países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) e de como eles se relacionam e afetam a saúde das populações.

Os esforços do CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT NOVA), com a presente linha editorial, têm sido o de disponibilizar conhecimentos produzidos em língua portuguesa a todos os profissionais, estudantes e gestores de saúde dos países que se comunicam em nossa língua, agregando experiências exitosas e partilhando-as com os demais leitores.

Nossos agradecimentos à equipe editorial pelo trabalho desenvolvido, com a certeza de que o sentido da globalização só se revela verdadeiro quando esta é entendida e exercitada como sendo a partilha do conhecimento em proveito da humanidade.

Fábio Bacheretti Vitor
Presidente do CONASS

Filomeno Fortes
Diretor do IHMT NOVA

APRESENTAÇÃO

Este livro compõe a Série Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde (Leiass), fruto de um esforço conjunto do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa – IHMT (Portugal) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass (Brasil). As duas instituições têm buscado ampliar seus intercâmbios e cooperação, com o intuito de difundir o conhecimento produzido, fortalecendo as parcerias entre os Estados-Membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP).

A CPLP é o foro multilateral privilegiado para o aprofundamento da amizade mútua e da cooperação entre os seus membros. Criada em 17 de julho de 1996, a CPLP goza de personalidade jurídica e é dotada de autonomia financeira.

A entidade é integrada por Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste. Estando situados maioritariamente no Hemisfério Sul, esse espaço descontínuo abrange realidades muito diversas, tais como a do Brasil (quinto país do mundo pela superfície), e a do minúsculo arquipélago de São Tomé e Príncipe, o Estado menor, em área, de África. O clima, a fauna e a flora são variados, correspondentes à diversidade das latitudes em que se situam os vários países-membros. À exceção de Portugal, de clima temperado com variantes oceânica e mediterrânea, a maior parte dos Estados-Membros da CPLP situa-se na zona tropical subequatorial.

A presente obra aborda os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) no contexto da CPLP, entendendo-os como um conjunto de acontecimentos, fatos, situações e comportamentos da vida econômica, social, ambiental, política, governamental, cultural e subjetiva que afetam positiva ou negativamente a saúde de indivíduos, segmentos sociais, coletividades, populações e territórios. Portanto, os DSS são fatores e mecanismos pelos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados por meio de ações baseadas em informação.

Há alguns marcos históricos de importância, tais como, em 2005, a criação, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), da Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS) e seu relatório de 2008; a criação e o funciona-

mento de CMDSS em diversos países, inclusive no Brasil; em 2011, a realização da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, no Rio de Janeiro, que resultou na Declaração Política do Rio de Janeiro. O documento afirma que a equidade em saúde é uma responsabilidade compartilhada e, por isso, exige o engajamento de todos os setores governamentais, de todos os segmentos da sociedade e de todos os membros da comunidade internacional para sua construção; ações políticas coordenadas e intersetoriais eficazes; e, articulações pró-equidade entre ambiente e saúde.

Em 2021, a OMS aprovou resolução que convoca os países-membros a monitorar e a analisar as iniquidades em saúde por meio de observatórios; a integrar os DSS à agenda de políticas governamentais e a considerar os DSS nas ações de recuperação das consequências da pandemia de covid-19.

Dessa forma, a presente edição da Leiaass aborda os DSS no contexto da CPLP, visando ampliar as informações sobre o tema, analisar o contexto das imensas desigualdades, de modo a ampliar as possibilidades de intervenção e superação. O livro é organizado em 14 capítulos: O **Capítulo 1** aborda as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionadas com a saúde nos Países de Língua Portuguesa, de 1990 a 2021, estimando projeções até 2030. O **Capítulo 2** descreve as diferenças e as semelhanças entre o perfil sociodemográfico e de saúde (incluindo as principais desigualdades em saúde e seus determinantes) do Portugal de “ontem” (século XIX) e de “hoje” (século XXI), no contexto europeu, com algumas reflexões e recomendações para o futuro. O **Capítulo 3** trata sobre a “Intersectorialidade: lições aprendidas para trabalhar fora da caixa”, trazendo exercícios de escuta às diferentes histórias de intersectorialidade, necessários para se colher lições aprendidas e promessas futuras. O **Capítulo 4** descreve e analisa o caso dos guias de Comunicação produzidos para o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2030, em Portugal, procurando responder a uma inquietação de investigação: como é que a Comunicação pode ser um DSS? O **Capítulo 5** aborda o contributo dos Inquéritos Nacionais de Saúde para o estudo dos determinantes sociais e das desigualdades em saúde em Portugal. O **Capítulo 6** analisa a carga de doenças atribuíveis ao Índice de Massa Corporal elevado e às deficiências nutricionais na CPLP e sua associação com o índice sociodemográfico no período de 1990 a 2019. O **Capítulo 7** discute, a partir das evidências, os desafios da cobertura vacinal associados às *fake news* e às desigualdades no Brasil. O **Capítulo 8** analisa a prevalência da violência contra as meninas e as mulheres da CPLP e sua evolução temporal ao longo das últimas décadas. O **Capítulo 9** descreve os indicadores de monitoramento das Metas 2.1 e

2.2 do segundo ODS no cenário brasileiro. O **Capítulo 10** aborda a interligação entre saúde global, meio ambiente e desigualdades em saúde. O **Capítulo 11** apresenta uma discussão sobre os DSS dentro da configuração conceitual da Agenda 2030 e sua operacionalização em indicadores relacionados com a saúde. O **Capítulo 12** analisa os fatores associados às hemoglobinopatias na população adulta brasileira e suas desigualdades. O **Capítulo 13** descreve a influência dos DSS e envenenamentos por mordeduras de serpentes em Angola. O **Capítulo 14** traz uma reflexão sobre os conceitos básicos de migração e saúde, os determinantes do fenômeno de migração e impacto para a saúde, salientando a sua importância para a agenda da saúde global.

Desejamos uma excelente leitura a todos!

Deborah Carvalho Malta

Alanna Gomes da Silva

Paulo Ferrinho

Fernando Passos Cupertino de Barros

METAS DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL RELACIONADAS COM A SAÚDE NOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA, 1990 A 2030

*Cibles de les Objectifs de Développement Durable liés à la santé dans les Pays de
Langue Portugaise, 1990 à 2030*

*Health-related targets of the Sustainable Development Goals in Portuguese-
speaking Countries, 1990 to 2030*

Deborah Carvalho Malta
Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo
Laís Santos de Magalhães Cardoso
Alanna Gomes da Silva
Guilherme Augusto Veloso
Zulmira M. A. Hartz
Paulo Ferrinho
Fernando Passos Cupertino de Barros
Albano Ferreira
Placido Cardoso
Maria da Luz Lima Mendonça
Mohsin Sidat

Resumo

O objetivo do estudo foi analisar indicadores de saúde selecionados dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para os países que integram a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), entre 1990 e 2021, e estimar projeções para 2030. Foram utilizados dados do Estudo “Carga Global de Doenças (Global Burden of Disease – GBD)” para análise de 15 indicadores e comparação dos desempenhos entre os países. Para estimar as projeções, foram utilizadas as médias ponderadas das taxas de mudança anualizadas, de 1990 a 2021, específicas de cada indicador e país. Os melhores desempenhos foram observados para Portugal e Brasil, seguidos de Cabo Verde e São Tomé e Príncipe. Nos demais países, foram observadas elevadas taxas de doenças infecciosas, mortalidade materna e na infância, desnutrição e baixas coberturas vacinais e de saneamento. A CPLP apresenta diferenças internas quanto aos indicadores de saúde analisados, tornando-se essencial avançar na cooperação entre os países para o alcance das metas dos ODS em 2030.

Palavras-chave: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Indicadores de Saúde. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa.

Résumé

L'objectif de l'étude est d'analyser les indicateurs de santé sélectionnés parmi les objectifs de développement durable (ODD) pour les pays qui composent la Communauté des pays de langue portugaise (CPLP), entre 1990 et 2021, et d'estimer les projections pour 2030. Les données de l'étude ont été utilisées le « fardeau mondial de la maladie (GBD) » pour analyser 15 indicateurs et comparer les performances entre les pays. Pour estimer les projections, des moyennes pondérées des taux de variation annualisés ont été utilisées, de 1990 à 2021, spécifiques à chaque indicateur et pays. Les meilleures performances ont été observées au Portugal et au Brésil, suivis du Cap-Vert et de São Tomé et Príncipe. Dans d'autres pays, des taux élevés de maladies infectieuses, de mortalité maternelle et infantile, de malnutrition et une faible couverture vaccinale et sanitaire ont été observés. La CPLP présente des différences internes concernant les indicateurs de santé analysés, ce qui rend essentielle la promotion de la coopération entre les pays pour atteindre les cibles des ODD en 2030.

Mots-clés: Objectifs de développement durable. Indicateurs de santé, Communauté des pays de langue portugaise.

Abstract

The objective of the study is to analyze health indicators selected from the Sustainable Development Goals (SDGs) for countries that make up the Community of Portuguese Speaking Countries (CPLP), between 1990 and 2021, and estimate projections for 2030. Data from

the Study were used “Global Burden of Disease (GBD)” for analysis of 15 indicators and comparison of performance between countries. To estimate the projections, weighted averages of annualized rates of change were used, from 1990 to 2021, specific to each indicator and country. The best performances were observed for Portugal and Brazil, followed by Cape Verde and São Tomé and Príncipe. In other countries, high rates of infectious diseases, maternal and childhood mortality, malnutrition and low vaccination and sanitation coverage were observed. The CPLP presents internal differences regarding the health indicators analyzed, making it essential to advance cooperation between countries to achieve the SDG targets in 2030.

Keywords: Sustainable Development Goals. Health Indicators. Community of Portuguese Speaking Countries.

1. Introdução

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) constituem um grande pacto global, assinado durante a Cúpula das Nações Unidas em 2015 pelos 193 países-membros. A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável é composta por 17 objetivos interconectados, que se desdobram em 169 metas, com enfoque na superação dos principais desafios de desenvolvimento para a promoção do crescimento global até 2030¹. A Agenda 2030 inclui temas como erradicação da pobreza, segurança alimentar e agricultura, saúde, educação, igualdade de gênero, redução das desigualdades, energia, saneamento, padrões sustentáveis de produção e de consumo, mudança do clima, cidades sustentáveis, proteção e uso sustentável dos oceanos e dos ecossistemas terrestres, crescimento econômico inclusivo, infraestrutura e industrialização, governança, e meios de implementação^{1,2}.

O alcance das metas dos ODS configura grande desafio global, e a cooperação técnica entre países corresponde a uma das estratégias de enfrentamento e de formulação de soluções³. Ademais, o desempenho para o alcance das metas permanece desigual entre os países. Um estudo realizado em 2019 evidenciou as dificuldades para atingir metas essenciais, como a redução da mortalidade infantil e materna na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP): na África, Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique e São Tomé e Príncipe; na América do Sul, Brasil; na Europa, Portugal; e na Ásia, Timor-Leste⁴. Soma-se, ainda, que a CPLP constitui um grupo ainda pouco estudado quanto ao alcance dos ODS. Assim, torna-se essencial avançar no monitoramento dessa agenda entre os países da CPLP, bem como reforçar os laços e a cooperação entre eles.

A Organização das Nações Unidas (ONU) e seus países-membros estabeleceram, com a pactuação da Agenda 2030, o compromisso central de “não deixar ninguém para trás”. Nesse contexto, o monitoramento dos avanços em torno do desenvolvimento socioeconômico das populações e do alcance da realização dos direitos humanos ao redor do globo só é viabilizado a partir de um diagnóstico correto da situação dos indicadores dos ODS. Em face do exposto, o objetivo deste capítulo consistiu em analisar indicadores dos ODS relacionados com a saúde, de 1990 a 2021, entre a CPLP e estimar projeções desses indicadores para 2030. Pretende-se contribuir com informações que possam apoiar o fortalecimento da cooperação entre os países dessa comunidade rumo ao alcance das metas dos ODS.

2. Métodos

Foram utilizados dados do Estudo Carga Global de Doenças (GBD), do Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), que compila dados de 195 países de forma padronizada e comparável e, com isso, mede a saúde das populações anualmente^{5,6}. O GBD produz estimativas de mortalidade e morbidade por causas específicas, sobre exposição a fatores de risco e para diversos indicadores de saúde em séries temporais desde 1990, por idade, sexo e país, incluindo unidades subnacionais selecionadas. O GBD usa fontes de dados disponíveis em todos os países e aplica metodologias para ajuste, padronização e validação das estimativas. Mais detalhes sobre o GBD 2021, que abrange o período de 1990 a 2021, estão disponíveis em outras publicações^{5,6}.

Foram analisados 15 indicadores dos ODS relacionados com a saúde. O quadro 1 contém o rol dos ODS em questão, as respectivas metas, os indicadores correspondentes e o conceito destes.

Quadro 1. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados com a saúde, metas, indicadores e conceitos

Objetivo 2. Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhorar a nutrição e promover a agricultura sustentável		
Meta até 2023	Indicador	Conceito
Acabar com todas as formas de desnutrição.	Desnutrição infantil crônica (stunting).	Prevalência de baixa estatura (estatura para idade abaixo de -2 desvios-padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial da Saúde – OMS) entre crianças menores de 5 anos de idade.

Objetivo 3. Garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos, em todas as idades		
Meta até 2023	Indicador	Conceito
Reduzir a taxa global de mortalidade materna para menos de 70 por 100 mil nascidos vivos.	Razão de mortalidade materna.	Razão de Mortalidade Materna (MMR) (mortes maternas entre mulheres de 15 a 49 anos por 100 mil nascidos vivos).
Reduzir a mortalidade abaixo de 5 anos para menos de 5 mortalidade por mil nascidos vivos.	Mortalidade abaixo dos 5 anos.	Probabilidade de uma criança morrer antes de completar 5 anos de idade, por mil nascidos vivos.
Reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por mil nascidos vivos.	Mortalidade neonatal.	Probabilidade de uma criança morrer nos primeiros 28 dias de vida, por mil nascidos vivos.
Acabar com a epidemia de aids.	Incidência do HIV.	Taxa padronizada por idade de novas infecções pelo HIV, por mil habitantes.
Acabar com a epidemia de tuberculose.	Incidência de tuberculose.	Taxa padronizada por idade de novos casos de tuberculose e recidivas, por mil habitantes.
Acabar com a epidemia de malária.	Incidência da malária.	Taxa padronizada por idade de casos de malária, por mil habitantes.
Acabar com a epidemia de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN).	Prevalência de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN).	Prevalência padronizada por idade da soma de 15 doenças tropicais negligenciadas. *
Garantir o acesso universal a serviços de assistência médica sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar, informação e educação e a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.	Necessidade de planejamento familiar atendida e uso de métodos modernos de contracepção.	Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos), que estão sexualmente ativas e possuem a necessidade de planejamento familiar satisfeita com uso de métodos modernos.
Alcançar a cobertura universal de saúde, incluindo proteção de risco financeiro, acesso à qualidade dos serviços essenciais de assistência médica e acesso a medicamentos e vacinas essenciais e seguros, eficazes, de qualidade e acessíveis para todos.	Índice de cobertura universal de saúde (UHC).	Cobertura efetiva de 23 indicadores que cobrem grupos de idade populacional em todo o curso da vida.
Fortalecer a implementação da Convenção –Quadro da OMS sobre o controle do tabaco em todos os países, conforme apropriado.	Prevalência de tabagismo.	Prevalência padronizada por idade do uso atual do tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais.

Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis que afetam principalmente os países em desenvolvimento, fornecem acesso a medicamentos e vacinas essenciais acessíveis, de acordo com a declaração de Doha sobre o acordo de viagens e a saúde pública e, em particular, fornecer acesso a medicamentos para todos.	Cobertura de Imunização contra Difteria, Tétano e Coqueluche (DTP3).	Cobertura da população-alvo abrangida por imunização contra Difteria, Tétano e Coqueluche (DTP3).
	Cobertura de imunização de segunda dose de vacina contra sarampo (MCV2).	. Cobertura de imunização de segunda dose-vacina que contém sarampo (MCV2), segundo a população-alvo abrangida
	Cobertura de imunização do conjugado pneumocócico (PCV3).	Cobertura de imunização de segunda dose-vacina do conjugado pneumocócico (PCV3).
Objetivo 6. Garantir disponibilidade e gestão sustentável de água e esgotamento sanitário para todos		
Meta até 2030	Indicador	Conceito
Obter acesso a esgotamento sanitário e higiene adequados e equitativos para todos e terminar com a defecação a céu aberto, prestando atenção especial às necessidades de mulheres e meninas e daqueles em situação de vulnerabilidade.	Esgotamento sanitário.	Proporção da população que utiliza serviços de esgotamento sanitário geridos de forma segura, incluindo instalações para lavar as mãos com água e sabão.
Fonte: Traduzido e adaptado de GBD 2021 – https://vizhub.healthdata.org/sdg/ *As estimativas de prevalência relatadas aqui podem exceder 100%, pois refletem a soma das prevalências de 15 doenças que compõem o indicador de doenças negligenciadas: tripanossomíase humana africana, doença de chagas, equinococose/hidatidose cística, cisticercose, dengue, doenças causadas por trematódeos transmitidos por alimentos, dracunculíase, geohelmintíases, leishmanioses, hanseníase/lepra, filariose linfática, oncocercose, raiva, esquistossomose e tracoma.		

O indicador “Atingir a Cobertura Universal de Saúde” foi definido pela ONU por um índice que inclui 32 causas passíveis de assistência médica. As intervenções traçadoras englobam: cobertura vacinal (cobertura de três doses de vacina DTP, vacina contra sarampo e três doses da vacina oral/injetável contra poliomielite); necessidade satisfeita de contracepção por métodos modernos; cobertura pré-natal (uma a quatro visitas de pré-natal); assistência especializada ao parto; taxa de parto em instalações de saúde; cobertura da terapia antirretroviral entre pessoas com HIV; taxa de detecção de tuberculose; e cobertura de intervenção contra malária em países endêmicos. Tem sido, portanto, considerado um indicador síntese, que avalia o desempenho do sistema de saúde⁷.

Destaca-se que as estimativas oriundas do GBD podem ser diferentes das estimativas dos países em função dos ajustes empregados pelo GBD, imputações e uso de outras fontes de dados.

As projeções dos indicadores até 2030 foram calculadas no GBD pelos métodos de previsão desenvolvidos por Foreman e colaboradores⁸. Foram utilizadas as médias ponderadas das taxas de mudança anualizadas específicas para cada indicador e país, de 1990 a 2021, para informar estimativas futuras para 2030⁸. As projeções foram geradas calculando-se a variação anual desde 1990 para cada país e ano e, em seguida, calculando-se a taxa de mudança anualizada ponderada, pela qual os valores dos anos mais recentes foram mais valorizados, por meio dos pesos, do que os anos anteriores⁸. Detalhes sobre definições, informações adicionais sobre fontes de dados e métodos para estimar cada indicador e para cálculo das projeções estão incluídos em publicações prévias^{7,9}.

Alguns indicadores também foram analisados segundo o Índice Sociodemográfico (SDI – Social Demographic Index), um indicador composto de desenvolvimento, estimado para cada país, com base na renda per capita, no nível educacional médio entre indivíduos na população com 15 anos ou mais de idade e na taxa total de fecundidade. Os valores de SDI variam de 0 a 1, sendo 0 o pior escore e 1, o melhor. Para o ano de 2021, foram avaliadas as correlações de Spearman entre o SDI e indicadores dos ODS selecionados, sendo reportados o P-valores dos testes de hipótese. Adotou-se o nível de significância de 5%.

A pesquisa atende às determinações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Todos dados utilizados são provenientes de bases secundárias de domínio público, cujas estimativas não permitem a identificação de indivíduos e foram obtidas do Global Health Data Exchange (GHDx) do IHME.

3. Resultados

Foram identificados três grupos de países a partir dos resultados dos indicadores analisados. Os principais resultados estão descritos a seguir e são apresentados na figura 1.

Figura 1. Indicadores dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável na CPLP, 2021

	Angola	Brasil	Cabo Verde	Guiné-Bissau	Guiné Equatorial	Mozambique	Portugal	São Tomé e Príncipe	Timor-Leste
Cobertura universal de saúde	40,2	60,5	58,3	40,2	46,9	59	82,8	54,7	40,2
Cobertura de DPT3	32,5	68,7	99,6	72	60,9	82,6	99,8	95,5	75,8
Cobertura de sarampo (2 doses)	28,2	52,5	95	0	15,9	83,1	93,5	60,3	68,5
Prevalência de fumo diário	10,5	9,6	6,3	5,5	15,3	13,3	27,7	4,5	34,6
Cobertura de pneumococo conjugado	31,8	68,1	0	71,7	0	82,5	99,2	95,4	0
Razão de mortalidade materna	173,2	58,4	77,9	269,6	256,8	225,2	7,4	110,1	171
Mortalidade neonatal	20,3	7,2	9	28,1	18,2	25,1	1,8	9,1	14,8
Desnutrição infantil crônica	32	9,1	11,7	26,8	21,3	32,1	1,6	20,1	44,8
Mortalidade abaixo dos 5 anos	52,5	13,4	14,6	61,6	45,1	61,8	3,2	17,9	35,3
Planejamento familiar e contracepção	33,7	86,4	80,6	54,2	38,2	53	72	60,1	46,9
Incidência da malária	277,3	1,8	0	99,8	249,3	325,7	0	22,1	0
Incidência do HIV	1,5	0,3	0,1	2	5,4	4	0,1	0	0,2
Prevalência de doenças tropicais negligenciadas	27192,8	19390,3	7177	32492,4	13738,5	26152,6	948,5	21002	17994,4
Incidência de tuberculose	256,9	39	77,4	217,6	175,3	509,9	12,4	56,7	269,8
Esgotamento sanitário	43,9	49,3	25,9	9,7	75,5	6	88,8	41,7	35,5

Legenda: os tons azuis e vermelhos indicam, respectivamente, melhor e pior performance dos indicadores. Quanto mais escuro o tom de azul, melhor o desempenho do país, quanto mais escuro o tom de vermelho, pior.

O grupo 1, composto por Portugal e Brasil, apresentou os melhores desempenhos, especialmente nos indicadores de: cobertura universal de saúde; desnutrição infantil; mortalidade na infância; malária e outras doenças transmissíveis (tuberculose, incidência de HIV e doenças tropicais negligenciadas); e esgotamento sanitário. Quanto às prevalências de tabagismo, Portugal apresentou o maior consumo de tabaco. Com relação às coberturas vacinais, Portugal teve melhor desempenho, e o Brasil piorou após 2015 (figura 2).

O grupo 2, composto por Cabo Verde e São Tomé e Príncipe, apresentou desempenho médio nos indicadores de desnutrição infantil crônica, imunização – exceto pneumo conjugado em Cabo Verde – e prevalência de consumo de tabaco. Ambos os países também apresentaram desempenho médio quanto à prevalência de doenças tropicais negligenciadas e exibiram baixas coberturas de esgotamento sanitário.

O grupo 3, composto por Angola, Moçambique, Timor-Leste, Guiné-Bissau e Guiné Equatorial, teve o pior desempenho, especialmente nos indicadores de desnutrição infantil e tabagismo. Os piores desempenhos no indicador de desnutrição infantil foram observados em Timor-Leste, Moçambique, Angola e Guiné-Bissau. Quanto ao indicador de cobertura universal de saúde, Angola, Timor-Leste, Guiné-Bissau e Guiné Equatorial apresentaram pior desempenho, enquanto Moçambique demonstrou o melhor desempenho desse grupo. Quase todos os países desse grupo exibiram pior desempenho para os indicadores de: mortalidade infantil e materna; coberturas vacinais; planejamento familiar; malária; tuberculose; infecção por HIV e esgotamento sanitário. A exceção foi Guiné Equatorial, que se destacou pelo melhor desempenho desse grupo no indicador de esgotamento sanitário, alcançando também o segundo melhor desempenho entre os países da CPLP, superado apenas por Portugal.

O indicador de cobertura universal de saúde, que inclui proteção contra risco financeiro, acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade, a medicamentos e vacinas, mostrou-se mais elevado em Portugal (82,8%), seguido de Brasil (60,5%), Moçambique (59%), Cabo Verde (58,3%), São Tomé e Príncipe (54,7%); e apresentou-se abaixo de 50% nos demais países.

As análises de tendência e as projeções até 2030 mostram que todos os países poderão potencialmente melhorar os indicadores, embora se mantenham, na maioria, abaixo do desempenho suficiente para o alcance das metas definidas pela ONU (figura 2).

Figura 2. Série temporal e projeção até 2030 dos indicadores dos ODS relacionados com a saúde

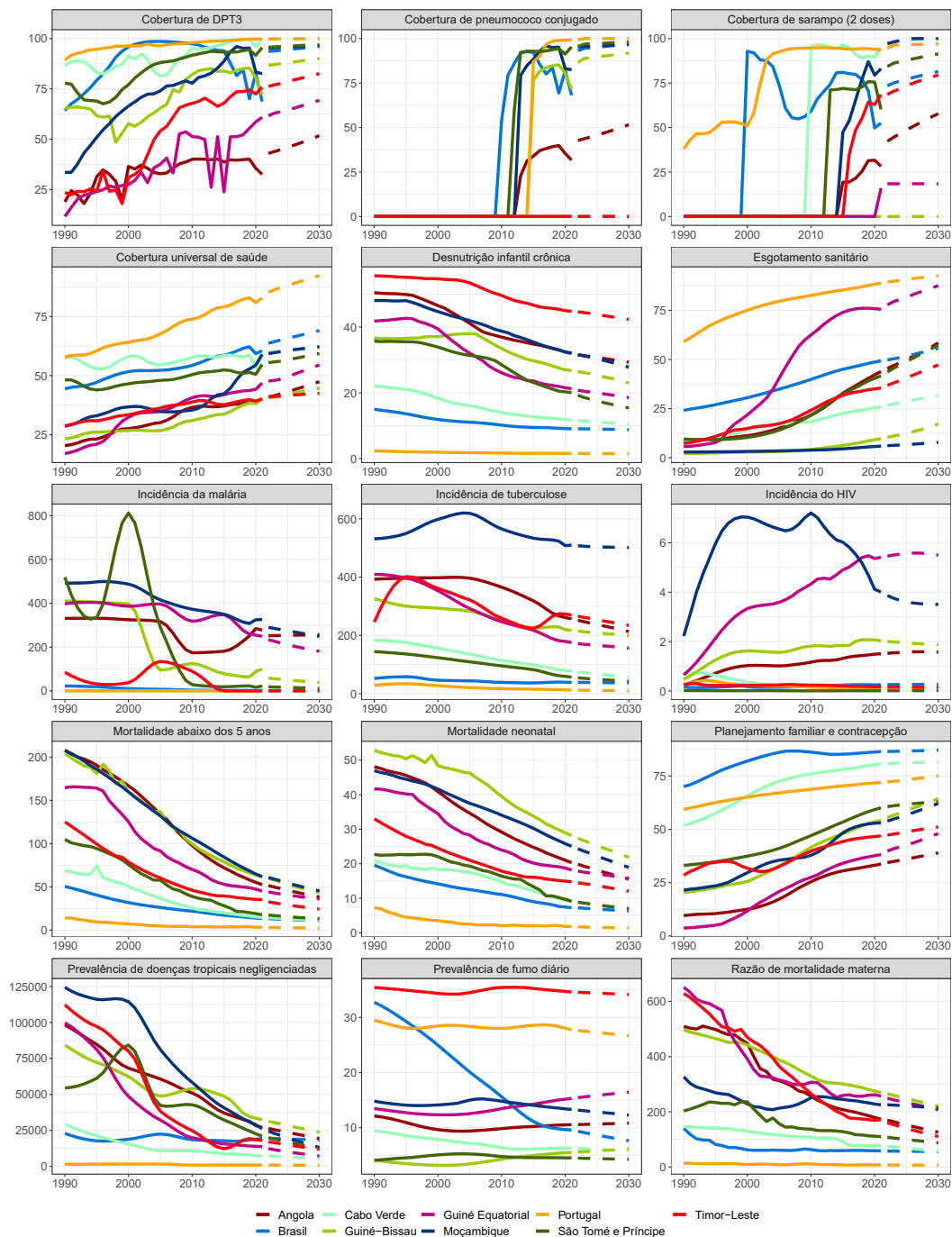
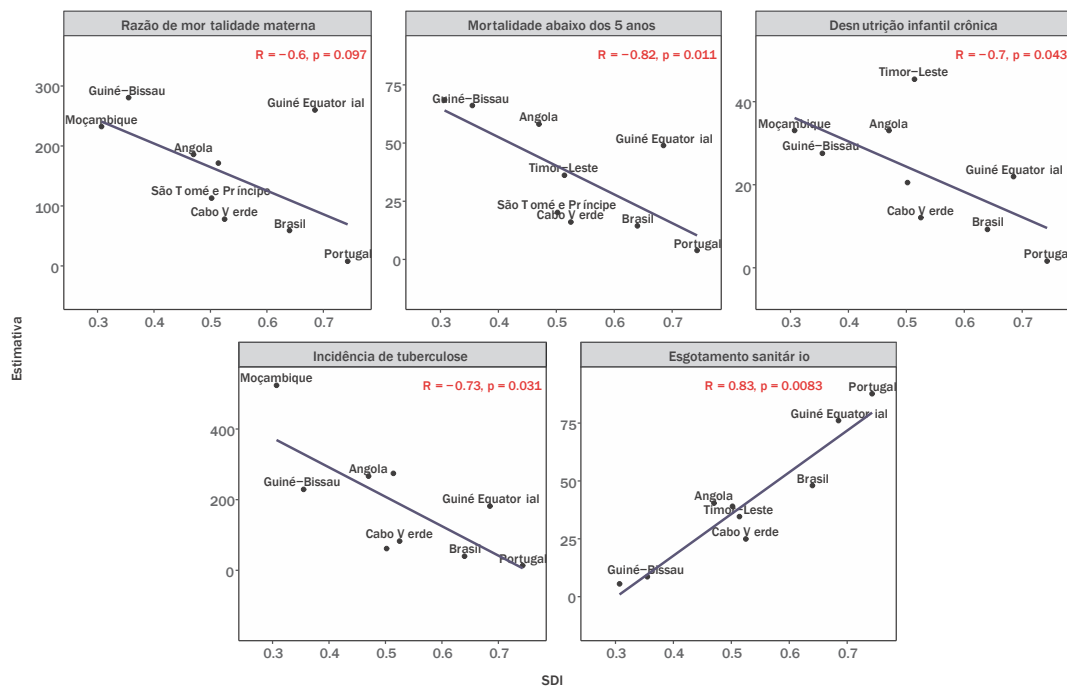


Figura 3. Correlação entre indicadores selecionados nos países da CPLP e o Índice Sociodemográfico (SDI), 2021



A figura 3 apresenta as correlações observadas entre o SDI e os indicadores selecionados dos ODS para o ano de 2019. No eixo X, são apresentados os valores de SDI, variando de 0,3 em Moçambique a 0,8 em Portugal. No eixo Y, são exibidas as taxas ou as prevalências, de acordo com o indicador. A correlação entre o SDI e a mortalidade em crianças abaixo de 5 anos foi negativa ($R = -0,62$; $p = -0,011$), ou seja, à medida que aumentou o SDI, reduziu a mortalidade na infância, que variou de 61,8 óbitos por mil Nascidos Vivos (NV) em Moçambique e 61,6 por mil NV em Guiné-Bissau a 13,4 no Brasil e 3,2 por mil NV em Portugal. A correlação também foi negativa entre o SDI e a desnutrição ($R = -0,7$; $p = -0,043$), que variou de 44,8% em Timor-Leste a 1,6% em Portugal. A incidência de tuberculose também apresentou correlação negativa com o SDI ($R = -0,73$; $p = -0,031$), variando de 509,9 casos em Moçambique a 12,4 em Portugal. O esgotamento sanitário apresentou correlação positiva com o SDI: menor cobertura (6%) e menor SDI (0,3) em Moçambique e maior cobertura (88%) e maior SDI (0,80) em Portugal. A correlação entre o SDI e a razão de mortalidade materna foi negativa ($R = -0,6$; $p = 0,097$), porém, sem significância estatística ($p > 0,05$).

4. Discussão

Este estudo mostrou grandes disparidades entre os países da CPLP, sendo que os melhores desempenhos em relação aos indicadores analisados ocorreram em Portugal e no Brasil, seguidos de Cabo Verde e São Tomé e Príncipe.

No Brasil, as baixas prevalências de consumo do tabaco refletem os esforços envidados, em especial nas últimas décadas, de proibição de propagandas relativas ao fumo, adesão à Convenção Quadro de Controle do Tabaco, criação de ambientes livres de fumo, taxação do cigarro e aumento dos preços dos produtos derivados do tabaco¹⁰, em conformidade com as melhores evidências e orientações da OMS¹¹.

Em Portugal, é importante mencionar os resultados do Inquérito Nacional de Saúde (INS), realizado segundo o modelo do Inquérito de Saúde Europeu, incluindo a população de 15 e mais anos, em que a prevalência de tabagismo foi de 16,8% em 2014 e de 14,2% em 2019, valor melhor do que a média europeia para esse ano¹². O Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (Insef), realizado em 2015, estimou a prevalência de consumo de tabaco diário e ocasional de 26,3% nos homens e de 16,4% nas mulheres (população de 25 e mais anos)¹³. De acordo com esses resultados, a diminuição da prevalência do consumo de tabaco em Portugal é resultado das medidas legislativas, das quais a mais importante foi a Lei do Tabaco, em 2007, e das medidas de saúde pública implementadas, sobretudo na área da promoção da saúde. Foram criadas várias consultas especializadas de apoio à cessação tabágica, na rede nacional de cuidados de saúde primários e na rede hospitalar do Serviço Nacional de Saúde. Infelizmente, o investimento nessa área não foi sustentado e, no “pós-pandemia” de covid-19, ainda se encontra em recuperação.

Em relação à cobertura vacinal, torna-se importante destacar que o Brasil reduziu as coberturas vacinais nos últimos anos, fato que pode estar atrelado à proliferação das *fake news* antivacinas.

O contexto apresentado neste estudo indica inúmeros desafios globais, mas é evidente que, na África, é algo premente, pois se trata de um continente onde existem mais de 240 milhões de pessoas com imensas desigualdades socioeconômicas e sistemas de saúde ainda pouco desenvolvidos. Mais de 50% da população padece de doenças transmitidas por fontes de águas contaminadas e mais de 40% das mulheres não têm acesso à educação básica, refletindo a persistência da desigualdade de gênero. Além disso, projeta-se que, até 2030, a África deverá abrigar cerca de 1,5 bilhão de pessoas, o que significa que as áreas de cultivo podem começar a ver declínios entre 40% e 80%, e a demanda de energia per capita deve aumentar rapidamente, configurando urgência nas ações concernentes aos ODS para este continente¹⁴.

Diversos países africanos enfrentam inúmeros desafios para alcançar as metas da saúde devido às taxas elevadas de mortalidade infantil e materna, baixas coberturas vacinais, elevadas prevalências de doenças infecciosas como a infecção por HIV, a malária e a tuberculose, além do baixo acesso a contraceptivos. Somam-se, ainda, os graves problemas no acesso a sistemas alimentares, as desigualdades sociais e de saúde, a urbanização não planejada, a tripla carga de doenças, as elevadas taxas de mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e por agressão e violência sexual^{14,15}. Por isso, os piores desempenhos em relação aos indicadores analisados foram observados nos países africanos. No caso da Guiné-Bissau, é de se destacar uma significativa melhoria na redução da mortalidade infantil ao longo dos anos na série apresentada, fato que coaduna com o declínio reportado em relatório da Unicef, de 89 óbitos por mil NV em 2014 para 51 por mil NV em 2019¹⁶.

As análises de tendência mostraram que todos os países tendem a melhorar os indicadores até 2030, mas a maioria não atingirá as metas pactuadas para esse último ano de vigência dos ODS, permanecendo as diferenças nos desempenhos entre eles. Desse modo, para que haja progressos efetivos, é premente a construção de parcerias e intercâmbios entre a CPLP, especialmente o apoio dos países que, até o momento, apresentam melhor desempenho.

O SDI permite observar a importância dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) no contexto da CPLP e a imensa desigualdade entre os países. Entendem-se os DSS como “um conjunto de acontecimentos, fatos, situações e comportamentos da vida econômica, social, ambiental, política, governamental, cultural e subjetiva que afetam positiva ou negativamente a saúde de indivíduos, segmentos sociais, coletividades, populações e territórios”¹⁷. Portanto, os DSS constituem características e mecanismos pelos quais as condições sociais afetam a saúde e que podem ser modificados por meio da ação fundamentada em informação¹⁸. O presente estudo confirma a importância dos DSS ao evidenciar que países com baixo SDI apresentam piores indicadores em saúde, seja na mortalidade infantil e materna, seja na desnutrição, na tuberculose, no esgotamento sanitário, entre outros.

Os países da CPLP têm uma grande diversidade, em função de processos históricos e pelas culturas locais¹⁹, além das diferenças quanto à economia, à riqueza, ao desenvolvimento dos sistemas de saúde, à estrutura de serviços, profissionais de saúde, saneamento básico, escolaridade da população, entre outras. Apesar de terem em comum o idioma, existem ainda muitos desafios para que esses países atinjam níveis de SDI e dos indicadores de saúde mais aproximados e satisfatórios. Maior colaboração e troca de experiências no setor de saúde poderão contribuir para a melhoria do desempenho dos indicadores e criar maior coesão comunitária.

Para enfrentar tais desafios, a política externa e a cooperação internacional se configuram como principais ações²⁰. Tais parcerias podem resultar em apoio técnico e financeiro entre países com mais recursos e capacidades a outros menos favorecidos, tal como troca de experiências, significando solidariedade e engajamento com a comunidade internacional²¹. A busca pelas parcerias, pelas trocas e apoio de cooperação técnica entre os países deve ser uma prioridade e uma decisão política dos governos, atrelada à pressão dos povos. Alguns autores, como Milton Santos, defendem a tese de que o processo de globalização, que constrói “um mundo perverso, com a lógica do lucro, pode ser mudado, buscando a construção de um mundo mais humano”²².

A Agenda 2030 pode ter grande alcance ao aplicar o princípio da responsabilidade compartilhada, com a construção de um mundo sustentável até 2030, lançando mão da revitalização da parceria global para o desenvolvimento^{23,24}.

Dentre os limites do estudo, ressalta-se a dificuldade de obtenção de informações locais e de bases de dados disponíveis para todos os países e todos os indicadores. O GBD oferece uma plataforma única e oportuna para monitorar os ODS relacionados com a saúde nas dimensões demográficas e geográficas. Destaca-se a importância de avançar na coleta e análise de dados desagregados para apoiar o planejamento em saúde e direcionar a definição de intervenções prioritárias que podem acelerar o progresso dos ODS⁷. O GBD calcula os indicadores para todos os países a partir dos dados disponíveis em cada localidade, entretanto, na indisponibilidade de sistemas de informação e de dados locais, são tomados dados da sub-região e da região para a realização das estimativas locais. Outrossim, os avanços nos sistemas de coleta de dados dos países certamente contribuirão para o aprimoramento das estimativas.

5. Conclusão

Os indicadores analisados revelaram diferenças entre a CPLP, em que Portugal e Brasil apresentaram os melhores desempenhos e, em contrapartida, Angola, Guiné-Bissau, Moçambique, Guiné Equatorial e Timor-Leste, os piores. A análise de tendência até 2030 seguiu o mesmo padrão de desempenho por país, e observa-se que, embora o cenário seja de melhorias dos desempenhos, diversas metas poderão não ser alcançadas.

Ainda que pesem as diferenças nos processos de formação sócio-histórica e cultural, a CPLP possui como elo o idioma predominantemente falado e a constituição de uma comunidade lusófona com interesse em promover laços de fraternidade e cooperação internacional em diferentes setores, como saúde, educação e economia, entre outros. O estreitamento dessa rede, no sentido de ampliar o diálogo e a articulação para a ação colaborativa de enfrentamento dos desafios que se interpõem à consecução da Agenda 2030, parece ser uma ação política estratégica rumo a avanços.

Referências

1. Organização das Nações Unidas. Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação sob os Auspícios da UNESCO. Panorama Setorial da Internet. 17 objetivos para transformar nosso mundo: os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 da ONU [Internet]. Cetic. 2017 [cited 2019 May 12];9(1):1-18. Available from: https://cetic.br/media/docs/publicacoes/1/Panorama_Setorial_12.pdf
2. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Educação para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: objetivos de aprendizagem [Internet]. Brasil: Unesco; 2017 [cited 2019 May 12]. Available from: <https://ods.imvf.org/wp-content/uploads/2018/12/Recursos-ods-objetivos-aprendizagem.pdf>
3. Stenberg K, Hanssen O, Edejer TT-T, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, et al. Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. Lancet Glob Health [Internet]. 2017 [cited 2019 May 10];5(9):e875-87. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30263-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30263-2)
4. Góes JC, Antunes E. 20 years of the community of Portuguese language speaking countries in the Brazilian press: discussing the conditions for a possible communitas. Media & Jornalismo [Internet]. 2016;16(29):169-89 [cited 2019 May 5]. Available from: http://dx.doi.org/10.14195/2183-5462_29_11
5. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet [Internet]. 2018 [cited 2019 May 5];392(10159):1789-858. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
6. Stanaway JD, Afshin A, Gakidou E, Lim SS, Abate D, Abate KH, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 30];392(10159):1923-94. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6)
7. GBD 2015 SDG Collaborators. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 30];388(10053):1813-50. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31467-2/fulltext#articleInformation](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31467-2/fulltext#articleInformation)

8. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, Fukutaki K, Fullman N, McGaughey M, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *Lancet* [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 25];392(10159):2052-90. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31694-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31694-5)
9. Lozano R, Fullman N, Abate D, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Measuring progress from 1990 to 2017 and projecting attainment to 2030 of the health-related Sustainable Development Goals for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 28];392(10159):2091-138. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32281-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32281-5)
10. Malta DC, Stopa SR, Santos MAS, Andrade SSCA, Oliveira TP, Cristo EB, et al. Evolução de indicadores do tabagismo segundo inquéritos de telefone, 2006-2014. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2019 May 15];21:33(suppl 3):e00134915. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00134915>
11. World Health Organization. Tackling NCDs: ‘best buys’ and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2019 Apr 25]. Available from: http://who.int/ncds/management/WHO_Appendix_BestBuys.pdf
12. Instituto Nacional de Estatística – Statistics Portugal. Inquérito Nacional de Saúde 2019. Destaque: informação à comunicação social [Internet]. Lisboa: INE; 2020 [cited 2023 Dec 20]. Available from: www.ine.pt
13. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Determinantes de Saúde [Internet]. Lisboa: INSA IP; 2017 [cited 2019 Apr 25]. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.18/4795>
14. Munang R, Andrews J. The Next Steps: Africa’s Sustainable Development Goals and Their Implications. *Environment* [Internet]. 2014 [cited 2019 May 22];56(5):4-11. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00139157.2014.943625>
15. Bianchi A. From MDGs to SDGs: Where Does Africa Stand? *ISPI* [Internet]. 2015 out. 6 [cited 2019 May 20]. Available from: <https://www.ispionline.it/it/pubblicazione/mdgs-sdgs-where-does-africa-stand-13942>
16. Unicef Guiné-Bissau. Relatório Anual 2022 do UNICEF Guiné-Bissau. O UNICEF a apoiar as crianças na Guiné-Bissau com os nossos parceiros [Internet]. Guiné-Bissau: Unicef; 2022 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://www.unicef.org/guineabissau/pt/relatorios/relat%C3%B3rio-anual-2022-do-unicef-guin%C3%A9-bissau>

17. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Portal sobre Determinantes Sociais da Saúde – Portal DSSBR. Glossário DSSBR: Determinantes Sociais da Saúde. 2020. Available from: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/glossary/determinantes-sociais-da-saude/>
18. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(10):693-700. doi: 10.1136/jech.55.10.693
19. Lourenço E. A nau de Ícaro e a imagem e miragem da lusofonia. São Paulo: Cia das Letras; 2001.
20. Buss PM. Cooperação internacional em saúde do Brasil na era do SUS. *Ciênc Saúde de Colet* [Internet]. 2018 [cited 2019 May 22];23(6):1881-90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05172018>
21. Desiderá Neto WA. A cooperação internacional para o desenvolvimento como uma expressão específica da cooperação internacional: um levantamento teórico. *Oikos* [Internet]. 2014 [cited 2019 May 22];13(2):115-28. Available from: <http://www.revistaioikos.org/seer/index.php/oikos/article/view/374/212>
22. Santos M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. 2. ed. Rio de Janeiro: Record; 2000.
23. United Nations. Resolution adopted by the General Assembly. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. 2015 [cited 2019 May 22]. Available from: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf
24. Fasan O. Africa must industrialise and trade more to achieve the #SDGs. London School of Economics Blog [Internet]. 2015 Oct. 22 [cited 2019 May 22]. Available from: <https://blogs.lse.ac.uk/africaatlse/2015/10/22/africa-must-industrialise-and-trade-more-to-achieve-the-sdgs/>

Sobre os autores

Deborah Carvalho Malta. Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belo Horizonte (MG), Brasil. ORCID: 0000-0002-8214-5734

Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo. Doutora em Ciências. Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina, Belo Horizonte (MG), Brasil. ORCID:0000-0003-1263-1646

Laís Santos de Magalhães Cardoso. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belo Horizonte (MG), Brasil. ORCID:0000-0002-1114-5470

Alanna Gomes da Silva. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belo Horizonte (MG), Brasil. ORCID: 0000-0003-2587-5658.

Guilherme Augusto Veloso. Doutor em Estatística. Universidade Federal Fluminense: Niterói (RJ), Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5348-3793>

Zulmira M. A. Hartz. Professora Catedrática Convidada, GHTM, Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade NOVA de Lisboa, Portugal. ORCID: 0000-0001-9780-9428

Paulo Ferrinho. Doutor em Saúde Pública. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal. ORCID: 0000-0002-3722-0803

Fernando Passos Cupertino de Barros. Doutor em Saúde Pública. Universidade Federal de Goiás, Goiás, Brasil. ORCID: 0000-0003-1188-7973

Albano Ferreira. Doutor. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte (MG), Brasil. ORCID: 0000-0002-2740-0042

Plácido Cardoso. Mestre em Saúde Internacional, Ministério da Saúde Pública, Guiné-Bissau. ORCID: 0000-0003-4326-8675

Maria da Luz Lima Mendonça. Mestra em Saúde de Desenvolvimento, Departamento de Ciência, Inovação e Formação – Instituto Nacional de Saúde Pública de Cabo Verde. ORCID: 0000-0002-0008-959X

Mohsin Sidat. Doutor, Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, Mozambique. ORCID: 0000-0002-8378-2014

Manuela Mendonça Felício. Médica especialista em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte e Direção-Geral da Saúde (Plano Nacional de Saúde 2030), Porto, Portugal. ORCID: 0000-0003-4282-6700

Autor de correspondência:

Deborah Carvalho Malta

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte (MG), Brasil – CEP: 30130-100 – Tel: + 55 31 3409 9862 – Fax: + 55 31 3409 9860. E-mail: dcmalta@uol.com.br

DETERMINANTES SOCIAIS E DESIGUALDADES EM SAÚDE EM PORTUGAL: ONTEM E HOJE

Déterminants sociaux et inégalités de santé au Portugal: hier et aujourd'hui

Social determinants and health inequalities in Portugal: yesterday and today

Manuela Mendonça Felício

Teresa Leão

Carlos Matos

Resumo

Uma abordagem histórica, para além da puramente epidemiológica, dos determinantes e das desigualdades sociais em saúde pode ajudar a compreender as desigualdades atuais, que foram sendo construídas ao longo do tempo. Na origem das desigualdades na distribuição da saúde pelos diferentes grupos socioeconômicos, encontram-se diferenças de acesso a recursos materiais e imateriais, e, nestes últimos, os aspectos psicossociais, que influem nas normas, nos comportamentos e, diretamente, na própria biologia das pessoas que vivem em circunstâncias menos favorecidas. O presente capítulo teve como objetivo descrever as diferenças e as semelhanças entre o perfil sociodemográfico e de saúde (incluindo as principais desigualdades em saúde e seus determinantes) do Portugal de “ontem” (século XIX) e de “hoje” (século XXI), no contexto europeu, com algumas reflexões e recomendações para o futuro.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde. Desigualdades em Saúde, História da Saúde Pública, Epidemiologia

Résumé

Une approche historique, au-delà de la purement épidémiologique, des inégalités et des déterminants sociaux de santé, peut aider à comprendre les inégalités actuelles qui se sont construites au fil du temps. À l'origine des inégalités dans la répartition de la santé entre les différents groupes socio-économiques se trouvent les différences d'accès aux ressources matérielles et immatérielles, dans ces dernières, les aspects psychosociaux, qui influencent les normes, les comportements et la biologie des gens que vivent en circonstances moins favorables. Ce chapitre a donc cherché à décrire les différences et les similitudes entre le profil sociodémographique et de santé (incluant les principales inégalités de santé et leurs déterminants) du Portugal « d'hier » (19e siècle) et « d'aujourd'hui » (21e siècle), dans le contexte européen, avec quelques réflexions et recommandations pour l'avenir.

Mots-clés: Déterminants Sociaux de la Santé. Inégalités de Santé. Histoire de la Santé Publique. Épidémiologie.

Abstract

A historical approach, beyond the purely epidemiological one, to the determinants and social inequalities in health, can help to understand current inequalities, which have been built over time. At the origin of inequalities in the distribution of health among different socioeconomic groups, there are differences in access to material and immaterial resources, and, in the latter, psychosocial aspects, which influence norms, behaviors

and, directly, people's own biology who live in less favored circumstances. This chapter aimed to describe the differences and similarities between the sociodemographic and health profile (including the main health inequalities and their determinants) of Portugal in “yesterday” (19th century) and “today” (21st century), in the European context, with some reflections and recommendations for the future.

Keywords: Social Determinants of Health. Health Inequalities. History of Public Health. Epidemiology.

1. Introdução

Uma perspectiva histórica, para além da puramente epidemiológica, sobre os determinantes e as desigualdades sociais em saúde pode ajudar a revelar continuidades e diferenças na vida dos lugares e das pessoas por elas impactadas, e o seu contexto. Também pode exibir pontos fortes e fracos nos domínios da investigação, da *legis* (normas e leis) e da *praxis* (intervenções), bem como identificar necessidades que podem ser capitalizadas e abordadas na concepção de uma mudança positiva futura, por meio de recomendações baseadas na evidência (de natureza quantitativa e qualitativa) decorrente dessa aprendizagem histórica¹. Uma abordagem histórica das desigualdades em saúde pode, portanto, auxiliar a compreender as desigualdades atuais que foram sendo construídas ao longo do tempo, bem como ajudar a identificar eventuais sistemas de privilégios e desvantagens baseados, por exemplo, na etnia, no gênero ou na classe social, que foram sendo incorporados na sociedade². Permite, da mesma forma, identificar a persistência de determinados padrões geográficos de desigualdades sociais e em saúde e encontrar a explicação ou hipóteses explicativas para a sua continuidade no decorrer do tempo, em oposição a outros padrões de desigualdades que, pelo contrário, foram-se esbatendo ou desaparecendo^{1,3}.

Um dos desafios mais importantes inerentes a essa abordagem diz respeito à qualidade dos dados e à sua comparabilidade ao longo do tempo. O primeiro recenseamento geral da população portuguesa data apenas de 1º de janeiro de 1864, sendo considerado o período anterior a essa data como a “era protoestatística”⁴. Essa é uma das razões pelas quais foi escolhido, neste capítulo, como referência do Portugal de “ontem”, o século XIX. Outro motivo tem a ver com a necessidade de o período da história escolhido ser suficientemente distante da realidade atual, mas não tão distante que não permita fazer análises e comparações que resultem em possíveis aprendizagens para a atualidade e para o futuro.

Importa, também, recordar a origem das desigualdades na distribuição da saúde pelos diferentes grupos socioeconômicos, pelas diferenças de acesso a recursos materiais e imateriais^{5,6}. No caso dos primeiros, uma escolaridade desigual alia-se não só a diferentes níveis de literacia, como também a uma distribuição desigual do acesso ao rendimento, condicionando o acesso a recursos básicos, como alimentação, condições de habitabilidade ou cuidados de saúde. A escolaridade tende a determinar igualmente o tipo de profissão desempenhado e, assim, a exposição a riscos ocupacionais. Todos estes recursos materiais – escolaridade, profissão e rendimento – interagem com recursos imateriais – como a percepção individual e societal de estatuto social, estigma, marginalização, prestígio, a sensação de escassez ou de controle, a expectativa no futuro e as preferências temporais – aspectos psicossociais que influem nas normas e comportamentos, assim como na própria biologia através do *embodiment*⁶.

O presente capítulo pretende, assim, descrever as diferenças e as semelhanças entre o perfil sociodemográfico e de saúde (incluindo as principais desigualdades em saúde e seus determinantes) do Portugal de “ontem” (século XIX) e de “hoje” (século XXI), no contexto europeu, com algumas reflexões e recomendações para o futuro.

2. Desenvolvimento

2.1 Determinantes sociais e desigualdades em saúde no Portugal de “ontem”

No início do século XIX, enquanto decorria a Revolução Industrial no continente europeu, Portugal encontrava-se alheado dessa onda de industrialização. A exclusividade econômica com o Brasil oferecia a Portugal a segurança econômica de que necessitava. Entretanto, as invasões francesas napoleônicas entre 1807 e 1810, seguidas da instabilidade política, primeiro entre absolutistas e liberais (1820-1834) e depois entre liberais (1834-1851), não permitiram lançar as bases da modernização econômica. Para além disso, em 1825, deu-se a independência do Brasil, e as colônias portuguesas no Ultramar não possuíam os recursos suficientes para assegurar a Portugal a estabilidade econômica perdida. Assim, durante a primeira metade do século XIX, Portugal atrasou-se no processo de industrialização, na renovação do sistema de transportes e de toda a alteração estrutural da economia devido às sucessivas crises políticas⁷.

A partir de 1822, surgiram os direitos individuais: a lei determinava que todos os portugueses eram (teoricamente) iguais. A nobreza passou a pagar impostos e o clero viu o seu património reduzido. Ao mesmo tempo, a burguesia passou a representar o principal estrato social. Em 1869, ocorreu a abolição da escravatura nos territórios portugueses. Contudo, apesar desses avanços no campo dos direitos humanos, a maioria da população

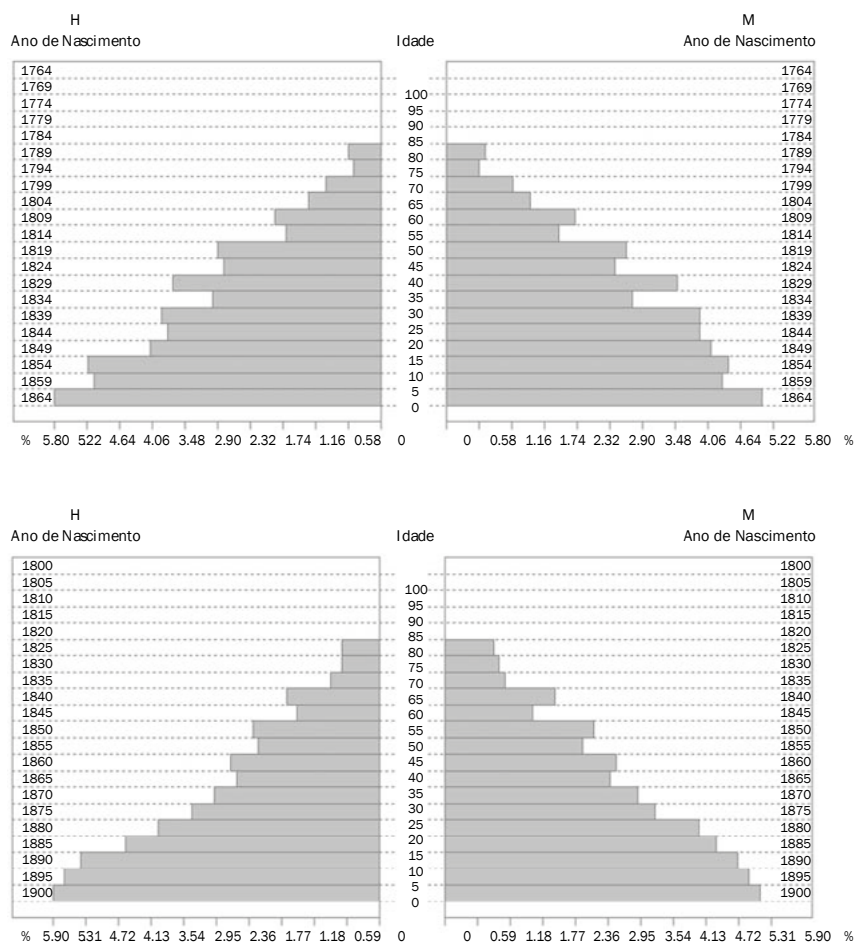
portuguesa continuava a ter más condições de vida, prevalecendo a fome, os salários baixos e famílias inteiras dedicadas à agricultura de subsistência e à criação de gado⁸.

A partir da segunda metade do século XIX e com o lento processo de industrialização, ocorreram migrações internas (“êxodo rural”), sobretudo para Lisboa, Porto e Setúbal. Com o desenvolvimento econômico do Brasil e a crise econômica de 1892, a emigração para a antiga colônia teve um grande impacto. No entanto, a grande alteração nas classes sociais verificada nessa segunda metade do século XIX, que ocorreu primeiro nas grandes cidades (Porto e Lisboa), foi o aparecimento da classe operária, que trabalhava cerca de 12 horas diárias, em fábricas com más condições de trabalho e com salários baixos. As mulheres e as crianças, que ocupavam lugares que exigiam menor força física, também contribuíam para a subsistência familiar⁸.

Em 1801, Portugal tinha cerca de 2,9 milhões de residentes. Diante do contexto histórico anteriormente descrito, que divide sensivelmente esse século ao meio, será fácil compreender por que é que, apesar de a população portuguesa ter aumentado cerca de 75% durante o século XIX, a variação do número de residentes entre 1801 e 1851 tenha sido de apenas 23,4%, contra os cerca de 42% registados entre essa última data e 1900. Esse fato justifica-se pela melhoria progressiva das condições de vida da população: período de paz e estabilidade política e social; melhoria da alimentação, com o aumento do consumo da batata e do milho; ausência de “crises demográficas” (decorrentes da tríada “guerra, fome e peste”). Contudo, o perfil demográfico encontrava-se, ainda, dominado pelo chamado Antigo Regime, típico da economia pré-industrial, ou seja, uma esperança de vida à nascença baixa, uma natalidade elevada e uma mortalidade também elevada (incluindo a mortalidade infantil). Contrariamente ao observado em outros países europeus, só no final desse século começaram a observar-se alguns sinais de transição demográfica, sobretudo, com a diminuição progressiva da mortalidade, nomeadamente, da mortalidade infantil, mantendo-se a natalidade elevada, e com um acréscimo da esperança de vida (cerca de 4 anos)^{4,9}.

Na figura 1, observam-se as pirâmides etárias da população portuguesa na segunda metade do século XIX e início do século XX. Salienta-se o aumento da razão de masculinidade nos períodos correspondentes aos anos férteis das mulheres (sobretudo abaixo dos 40 anos), devido à elevada mortalidade materna durante e imediatamente após o parto. Evidencia-se, também, a diminuição da população masculina em idade ativa (comparando as duas pirâmides) em razão do aumento progressivo da emigração, principalmente no final do século XIX. Tal fato, aliado à redução da mortalidade, resultou em um pequeno alargamento na base e no topo da pirâmide etária (discreto aumento da proporção dos jovens e dos idosos)⁴.

Figura 1. Pirâmides etárias da população portuguesa, 1864 (acima) e 1900 (abaixo)



Fonte: adaptado de Rodrigues⁴.

Para além da emigração, os fluxos migratórios internos (sobretudo masculinos e dos grupos sociais mais desfavorecidos) contribuíram para as desigualdades geográficas regionais observadas, levando à diminuição da nupcialidade e da natalidade nos distritos mais afetados por esses fenômenos, como é o caso de Viana do Castelo. Nos centros urbanos, aumentavam as uniões de fato e os filhos ilegítimos, bem como as “crianças expostas”, estas últimas mais vulneráveis e com uma elevada mortalidade infantil^{4,10}.

No Portugal do século XIX, a mortalidade variava ao longo do ciclo de vida. No início desse século, a mortalidade infantil atingia cerca de um quarto dos NV antes de completarem 1 ano de vida, e apenas metade das crianças completava os 7 anos de ida-

de. Depois a mortalidade diminuía para atingir, entre os 10 e 15 anos de vida, os seus valores mínimos. Contudo, em locais onde as condições socioeconômicas, de higiene e salubridade eram piores, a febre tifoide e as “disenterias” predominavam como causa de morte, tornando essa diminuição menos acentuada. Em seguida, a mortalidade voltava a aumentar, tendo como principal causa, entre os 20 e os 40 anos, a tuberculose. Era também nesses grupos etários que se observava uma maior mortalidade feminina, por causas relacionadas com a gravidez e o parto. Da mesma forma, observava-se nessas idades uma maior mortalidade masculina, quando existia algum conflito armado. Em situação de paz, após os 40 anos e, sobretudo, após os 50 anos, a mortalidade aumentava acentuadamente, atingindo predominantemente os homens^{8,9}.

Para além das desigualdades socioeconômicas, também existiam as desigualdades geográficas. Assim, nas cidades, morria-se mais e muito cedo, e era onde se observavam as maiores desigualdades sociais. Nas “zonas nobres” de Lisboa e Porto, viviam as famílias mais abastadas e, portanto, com uma melhor alimentação e melhores condições (nomeadamente, habitacionais) para isolar e tratar quem fosse afetado por alguma doença infecciosa. Os surtos e as epidemias de doenças infecciosas ocorriam, acima de tudo, nos bairros pobres, onde a sobrelotação, a falta de qualidade da água e de saneamento básico criavam as condições ideais para a sua propagação^{4,9}.

Nas zonas rurais, as desigualdades atuavam de um modo diferente. A mortalidade tinha um perfil mais sazonal, assinalando-se dois picos: um no inverno, no qual o frio e a falta de alimentos tornavam os mais idosos vulneráveis a infecções respiratórias; outro no verão, início do outono, designado por “massacre dos inocentes”, por atingir principalmente as crianças. Essa era a época de maior atividade agrícola, nomeadamente, para as mulheres trabalhadoras rurais que amamentavam, ficando as crianças mais vulneráveis. Adicionalmente, a ingestão de alimentos e água impróprios para consumo desencadeava surtos de doenças infecciosas, por exemplo, a febre tifoide^{4,9}. Na viragem do século XIX para o século XX, encontramos também desigualdades geográficas na distribuição da taxa de mortalidade infantil (figura 2). Em nível nacional, as cidades do Porto e de Lisboa apresentavam valores elevados dessa taxa, e os Açores, os valores mais elevados (240 por mil NV)⁴.

Figura 2. Alguns indicadores de saúde da população portuguesa do continente no século XIX

Distritos	TBM (%)	TMI (%)	eo (anos)
Aveiro	17.7	92.6	52
Beja	23.8	157.9	43
Braga	19.2	61.0	56
Bragança	21.7	119.0	43
Castelo Branco	24.7	162.1	40
Coimbra	17.0	88.7	53
Évora	20.5	180.5	43
Faro	21.1	157.2	39
Guarda	25.7	155.8	51
Leiria	16.6	116.4	30
Lisboa	22.8	226.9	42
Portalegre	22.1	210.3	37
Porto	23.0	171.1	49
Santarém	16.3	139.5	54
Viana do Castelo	17.3	97.7	46
Vila Real	17.8	104.6	52
Viseu	19.2	104.1	48

TBM – taxa bruta de mortalidade; TMI – taxa de mortalidade infantil; eo (anos) – esperança de vida à nascença.

Fonte: adaptado de Rodrigues⁴.

Os excessos de mortalidade tornaram-se cada vez mais associados aos locais de maior concentração da população, piores condições de salubridade e da habitação, e menor nível de rendimento. A redução dos excessos de mortalidade típicos do Antigo Regime demográfico que ocorreu a partir de meados do século XIX deveu-se, em uma primeira fase, à implementação célere pelo Estado de medidas de saúde pública para o controle dos surtos e epidemias de determinadas doenças infecciosas, seguida da ação de higienistas e de campanhas de vacinação, na sequência das descobertas de Jenner e Pasteur⁴.

No que diz respeito às principais causas de morte, as primeiras informações datam de 1802. Nestas, pode observar-se um claro predomínio das doenças infecciosas⁴. Importa dar um especial destaque à tuberculose que, devido às más condições de vida e de trabalho, bem como de higiene individual e coletiva, tornou-se uma das principais causas de morte, especialmente nos adultos jovens e nos locais de maior densidade populacional. Na cidade do Porto, no final do século XIX e início do século XX, causava cerca de 17% dos óbitos¹¹.

Na segunda metade do século XIX, o consumo de bebidas alcoólicas, até então, em regra, moderado, aumentou em Portugal, sobretudo de vinho, acompanhando o resto da Europa. Entre os estratos socioeconômicos mais desfavorecidos, estes ocupavam um lugar particularmente importante, tendo em vista a crença generalizada no seu valor como fonte de energia para o trabalho. Assim, o alcoolismo acabou por se tornar um novo e grave problema social, muitas vezes associado à violência doméstica e à criminalidade¹². Só nesse século, este passou a ser abordado também como um problema de saúde, considerando o abuso do álcool como causa de doença mental¹³.

Apesar de o consumo de tabaco existir há vários séculos, o cigarro surge somente no fim do século XIX. Começando por ser consumido principalmente por marinheiros, rapidamente se alargou a outros estratos sociais na Península Ibérica e no Mediterrâneo. Pelo seu custo e pela facilidade de uso, foi produzido em massa e contribuiu para uma rápida expansão do consumo de tabaco em Portugal e em nível mundial¹⁴.

A proteção social e na saúde e respectivos serviços e equipamentos, bem como o acesso a eles, são importantes determinantes de saúde. Foi no século XIX que nasceu o conceito de “assistência” como dever e obrigação do Estado, apesar de enraizado nos valores judaico-cristãos. Contudo, só em 1899, pela mão de Ricardo Jorge, iniciou-se a organização dos serviços de saúde públicos. A prestação de cuidados de saúde era então privada, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres¹⁵. Assim, existiam hospitais, na sua maioria geridos pelas Misericórdias. Estes, contudo, tinham poucas camas, por vezes sem médicos ou outros profissionais habilitados, nem condições de conforto e de higiene para receber e tratar os doentes. Para além disso, eram procurados, sobretudo, por pessoas pobres, uma vez que as mais ricas preferiam ser tratadas em casa. Os meios medicamentosos de que se dispunham na altura eram limitados e, na sua maioria, pouco eficazes, o que levava as pessoas a confiarem mais em “curandeiros” do que nos médicos. Nas epidemias, perante a falta de capacidade dos hospitais, eram instalados hospitais de campanha, recrutados médicos aposentados e, quando necessário, ocupados edifícios públicos¹⁵. Existiam também os asilos, criados para a assistência a crianças, idosos, doentes e inválidos sem recursos e/ou abandonados, e a mendigos¹⁶.

É também desse século a Roda dos Expostos. Na época, um em cada oito NV eram abandonados. Só em Lisboa, 32% das crianças abandonadas eram recolhidas e criadas. Dados o número crescente de “expostos” e a elevada mortalidade dessas crianças, em 1867, decretou-se a abolição da Roda, impôs-se a identificação parental e generalizaram-se os subsídios de lactação, como combate ao abandono e ao infanticídio^{10,17}.

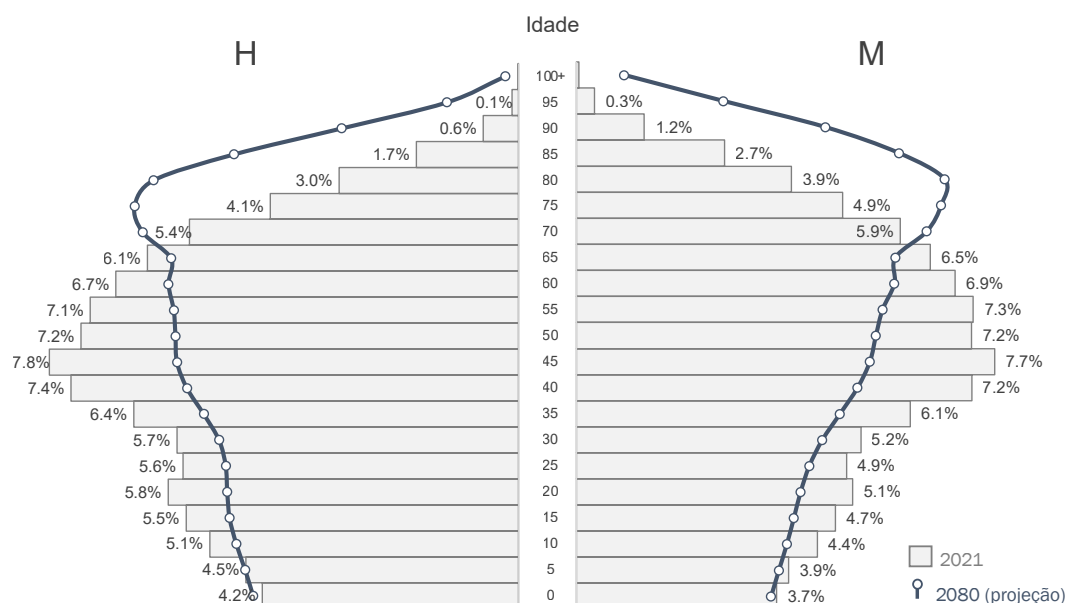
A maioria dos hospitais e ordens religiosas recusavam-se a admitir doentes com doenças crônicas e infecciosas consideradas incuráveis, que acabavam por falecer em

casa¹⁸, muitas vezes com sofrimento acrescido por condições de vida (incluindo a habitação) precárias. Assim, da infância ao final de vida, perpetuavam-se, nesse século, as desigualdades sociais e em saúde.

2.2 Determinantes sociais e desigualdades em saúde no Portugal de “hoje”

No Portugal de “hoje”, residem aproximadamente 10,4 milhões de pessoas¹⁹. Estima-se que a população portuguesa atinja os 8 milhões de habitantes em 2080 – uma redução populacional de cerca de 20% (figura 3). A população tem decrescido na última década, fruto do envelhecimento e da redução da taxa de fecundidade. No entanto, apesar do saldo natural negativo, recentemente, pôde observar-se um aumento populacional, à custa de um saldo migratório positivo e superior ao saldo natural.

Figura 3. Pirâmide etária da população portuguesa, 2021 e 2080 (projeção)



Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal. Elaborada pelos autores.

A concentração crescente da população nas áreas metropolitanas do litoral mantém-se, com uma densidade populacional de 423 indivíduos por km² nas áreas costeiras em face de 65 indivíduos nas áreas não costeiras²⁰. A proporção de população residente em áreas urbanas tem também aumentado: em 1960, era cerca de 35%, sendo por volta de 68% nos dias de hoje²¹.

Para além de, atualmente, os agregados familiares terem uma dimensão reduzida, com 2,5 indivíduos, em média, 25% do total dos agregados domésticos privados são compostos por indivíduos a viver sozinhos^{22,23}. Destes, cerca de 61% são mulheres, maioritariamente idosas e com o ensino básico.

Mais de 5% da população residente em Portugal é de nacionalidade estrangeira em contraposição a 1,1% em 1991²⁴, e cerca de metade desta habita na Região de Lisboa e Vale do Tejo. Mais de um terço dos imigrantes com nacionalidade estrangeira é proveniente do Brasil (37%), ainda que nos últimos anos se tenha observado um aumento acentuado do número de imigrantes provenientes do subcontinente indiano. Uma grande parte é de jovens adultos, com baixo nível de escolaridade, e auferem rendimentos baixos que não conseguem cobrir os custos da habitação, residindo frequentemente em alojamentos sobrelotados.

No triénio 2018-2020, a taxa de mortalidade infantil era de 2,9 óbitos por mil NV. O valor mais baixo desta taxa foi observado na Região Centro (2,3/1.000 NV), e o mais elevado, na Região Autónoma dos Açores (3,7/1.000 NV)²⁵.

No Portugal de “hoje”, encontramos também outras desigualdades geográficas na distribuição da mortalidade e da esperança de vida à nascença (tabela 1).

Tabela 1. Alguns indicadores de saúde da população portuguesa no século XXI

Distrito	Nº municípios no distrito	TMI 2017-2021* [Mediana (Q1 - Q3)]	TBM 2022* [Mediana (Q1 - Q3)]	Esperança de vida à nascença 2021** [estimativa (IC95%)]
Aveiro	19	2.1 (0.2 - 2.8)	11.6 (10.4 - 13.2)	82.4 (82.1 - 82.7)
Beja	14	3.9 (0.5 - 6.8)	18.7 (16.4 - 21.8)	79.0 (78.3 - 79.6)
Braga	14	2.1 (1.6 - 2.9)	10.0 (8.5 - 12.7)	83.3 (83.0 - 83.6)
Bragança	12	0.4 (0 - 6.0)	18.7 (16.2 - 21.6)	81.7 (81.0 - 82.5)
Castelo Branco	11	0.0 (0 - 2.4)	20.3 (16.3 - 25.1)	81.8 (81.2 - 82.5)
Coimbra	17	1.6 (0 - 2.9)	15.2 (13.8 - 16.5)	81.8 (81.4 - 82.1)
Évora	14	0.0 (0 - 2.7)	18.0 (16.2 - 19.0)	81.0 (80.4 - 81.6)
Faro	16	2.9 (1.2 - 3.8)	13.2 (12.3 - 15.3)	80.6 (80.2 - 81.0)
Guarda	14	0.0 (0 - 1.2)	20.7 (19.4 - 22.4)	81.6 (81.0 - 82.2)
Leiria	16	2.0 (0.9 - 3.3)	13.8 (12.8 - 16.0)	81.7 (81.4 - 82.1)
Lisboa	16	3.0 (2.6 - 3.6)	10.8 (9.9 - 12.2)	80.8 (80.6 - 81.0)
Portalegre	15	0.0 (0 - 3.5)	22.3 (18.7 - 24.0)	80.0 (79.2 - 80.7)
Porto	18	2.8 (2.1 - 3.0)	9.5 (8.5 - 10.3)	82.3 (82.1 - 82.5)
Santarém	21	1.8 (0 - 3.6)	13.0 (10.6 - 15.4)	80.8 (80.4 - 81.2)

Setúbal	13	3.0 (1.5 - 3.7)	13.7 (12.2 - 17.0)	80.3 (80.0 - 80.5)
V. do Castelo	10	3.0 (2.1 - 4.1)	14.7 (13.5 - 18.6)	82.4 (81.9 - 82.9)
Vila Real	14	0.0 (0 - 6.7)	11.4 (10.8 - 12.8)	82.1 (81.5 - 82.8)
Viseu	24	0.8 (0 - 3.5)	15.1 (13.5 - 17.2)	82.1 (81.7 - 82.5)
RA Açores	19	3.2***	11.3***	79.1 (78.6 - 79.7)
RA Madeira	11	3.0***	12.3***	79.7 (79.2 - 80.2)

TMI – taxa de mortalidade infantil; TBM – taxa bruta de mortalidade; RA – Região Autónoma

* Por mil; os valores representam a mediana e a amplitude interquartil dos municípios que compõem o distrito. ** Os valores representam o cálculo para o distrito como um todo, utilizando os óbitos de 2021 e a população dos Censos 2021. Cálculo próprio. *** Valor agregado para a RA.

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal. Elaborada pelos autores.

O risco de morrer prematuramente em Portugal (taxa de mortalidade padronizada para a idade, para todas as causas, abaixo dos 75 anos) manteve a tendência decrescente dos últimos séculos e décadas, ainda que com uma desaceleração no período 2011-2019 (redução de 11 óbitos/100 mil habitantes-ano em média), comparativamente ao período 1992-2010 (redução de 29 óbitos/100 mil habitantes-ano em média)²⁵. Este fato provavelmente não terá sido alheio à crise econômica de 2008-2013, com o aumento do desemprego acompanhado por cortes na despesa com os setores social e da saúde²⁶.

O risco de morrer apresenta um gradiente socioeconômico: as pessoas que habitam em áreas com maior privação socioeconômica apresentam maior mortalidade por todas as causas²⁷. Esta também é superior nas pessoas com estatuto socioeconômico mais baixo, o que denota um efeito multiplicador da privação socioeconômica individual e contextual na saúde²⁷. A tendência decrescente da mortalidade apresenta também diferenciais socioeconômicos: a redução observada nas últimas décadas parece ter sido mais lenta nos jovens que habitavam nos municípios socioeconomicamente mais desfavorecidos, com um alargamento das desigualdades socioeconômicas na mortalidade evitável (por causas evitáveis ou tratáveis) com a crise econômica de 2008-2013²⁶. Esta também parece ter condicionado um aumento da mortalidade por suicídio e outras lesões autoinfligidas (de 13%), com maior risco nos homens, pessoas em situação de desemprego e com privação material^{26,28}.

O padrão observado na mortalidade por todas as causas pode ser explicado pelo que se observa na distribuição de doenças crônicas: em 2005/2006, a prevalência de doenças cardiovasculares na metade da população portuguesa com menor rendimento era 54% superior à outra metade com maior rendimento²⁹. A disparidade era maior na prevalência de acidente vascular cerebral (75% superior), e menos marcada na obesidade, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, com prevalência, respectivamente, de

29%, 31%, e 37% superior nas pessoas com menor rendimento. Essas desigualdades também se observavam relativamente ao nível de escolaridade: as pessoas com ensino básico apresentavam uma prevalência entre 1,5 e 2 vezes superior às que tinham completado o ensino superior³⁰. Esses resultados alinham-se com um estudo ecológico, realizado com dados em nível de freguesia, que apontava que, em 2013, na região norte de Portugal, a prevalência de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial era superior nas freguesias com menor proporção de habitantes com ensino superior e a trabalhar no setor terciário, com maior proporção de desempregados e com isenção de taxas moderadoras por motivos económicos³¹. Esses fatores socioeconômicos contribuíam com até 20% da prevalência dessas doenças. Em 2022, analisando a distribuição socioeconômica dos fatores de risco para maior letalidade por covid-19, o mesmo padrão foi observado para diversas doenças crônicas³².

Ainda que tenha existido uma redução das desigualdades na distribuição das doenças crônicas entre os anos 1980 e os primeiros anos da década de 2000, houve uma quebra dessa tendência a partir de 2005/2006, com alargamento das desigualdades na prevalência de diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica e depressão autorreportados, provavelmente aceleradas pela crise económica^{28,30}.

Apesar da evolução dos cuidados preventivos e curativos das doenças infecciosas, as diferenças na sua incidência ainda se observam nos dias de hoje. A tuberculose mantém-se mais frequentemente notificada em freguesias socioeconomicamente desfavorecidas e entre pessoas com nacionalidade não portuguesa, sem abrigo ou reclusas^{33,34}, e, apesar da taxa de notificação manter uma tendência decrescente, o padrão social e geodemográfico não se esbateu³⁵.

Comparando com os restantes países europeus, os níveis de desigualdade (absoluta e relativa) na saúde autorreportada e nas limitações funcionais em Portugal tendem a ser superiores aos restantes países que compõem a Europa ocidental, e inferiores aos países localizados a leste. Entre 2005 e 2014, os portugueses que não tinham completado qualquer nível de escolaridade reportaram 6 a 9 vezes mais “má saúde” que os portugueses com escolaridade secundária ou superior, e 3 a 7 vezes mais limitações funcionais³⁰.

Para melhor compreender as desigualdades na mortalidade e na prevalência de doenças crônicas – e até na incidência de doenças infecciosas –, importa compreender como a distribuição dos recursos materiais e imateriais impacta a saúde dos portugueses, nomeadamente no que respeita aos fatores (socio)ambientais, comportamentais e de acesso aos cuidados de saúde.

Entre os determinantes relacionados com o ambiente e as condições de vida, a habitação continua a ser geradora de importantes desigualdades. Em Portugal, destaca-se a incapacidade de manter a casa quente no inverno ou fresca no verão e a umidade; e em algumas “bolsas” da população, ainda persistam problemas como a falta de saneamento básico e a sobrelotação. Portugal é um dos países europeus onde existe maior prevalência de umidade nas habitações, e esse valor é quase o dobro no quintil de maior privação, relativamente ao quintil de menor privação (40,4% e 21,1% respectivamente). Os bolores induzidos pela umidade são causa de alergias, asma e infeções respiratórias³⁶. A incapacidade de manter a habitação quente no inverno associa-se a um maior risco de doenças cardiovasculares e respiratórias, bem como a um risco aumentado de excesso de mortalidade no inverno³⁶. Essa incapacidade apresenta algumas iniquidades importantes em Portugal, nomeadamente: inferior a 20% para indivíduos acima do limiar relativo de pobreza e superior a 40% para indivíduos abaixo do limiar relativo de pobreza; cerca de 43% para indivíduos no quintil de maior privação e de 7% para indivíduos no quintil de menor privação. Assim, indivíduos com posições económicas menos favoráveis e vivendo em locais mais desfavorecidos sofrem uma dupla penalização – défice de recursos tanto em nível individual como comunitário –, podendo limitar a sua capacidade para adotar comportamentos saudáveis, associando-se a pior saúde³⁷.

No ano de 2022, em Portugal, 3,6% das crianças viviam em famílias com dificuldade em comprar alimentos, valor que ascendia a 10% nas famílias pobres³⁸. A insegurança alimentar, isto é, o acesso incerto ou limitado a alimentos nutricionalmente adequados e seguros ou a incapacidade de os adquirir de forma socialmente aceitável, tem, assim, vindo a mostrar-se mais acentuada nos grupos socialmente mais desfavorecidos. Crianças filhas de mães com níveis mais baixos de escolaridade, de pais com profissões manuais ou vivendo em famílias com uma percepção de rendimento insuficiente para os gastos apresentam 1,5 a 2,5 vezes maior probabilidade de viver com insegurança alimentar³⁹. A dificuldade no acesso a alimentos é especialmente acentuada nas regiões ultraperiféricas: nos Açores, 15,7% da população refere ter insegurança alimentar (valor superior à prevalência continental) e esta é maior nas pessoas com menor nível de escolaridade e menor rendimento, nos desempregados, em famílias de maior dimensão e com crianças⁴⁰.

O nível socioeconómico influencia não só o acesso aos alimentos como também o tipo de alimentos que a população consome. Foi observado em Portugal que a ingestão de vegetais, fruta e peixe se encontrava associada positivamente com o rendimento⁴¹. No entanto, não parece haver um padrão socioeconómico claro na ingestão de alimentos e bebidas com elevado teor de açúcar ou ultraprocessados^{41,42}, ainda que

nas crianças com pais menos escolarizados se observe um maior consumo de alimentos ultraprocessados. Esse padrão de consumo nas crianças tem sido identificado também em outros países, e explicado por determinantes comerciais de saúde⁴³, como sejam as estratégias de *marketing* desses alimentos e distribuição de locais de venda: os restaurantes de *fast-food* tendem a agrupar-se perto de escolas com prevalências mais elevadas de obesidade, e os bairros com menor rendimento apresentam uma maior densidade desses estabelecimentos⁴⁴. Assim, em Portugal, a prevalência de excesso de peso (28,7%) é superior nos indivíduos com menor escolaridade⁴⁵, e as crianças (6-8 anos) residentes nas periferias de centros urbanos apresentam prevalências superiores de excesso de peso (34,3% *versus* 31,9%), obesidade (17% *versus* 13,5%) e baixo peso (2,2% *versus* 1,6%)⁴⁶.

É também reconhecido um padrão social, no que diz respeito aos comportamentos aditivos e dependências, e Portugal não é exceção. Se há três décadas o consumo de tabaco se concentrava em homens com elevada posição socioeconômica, esse padrão tem vindo a inverter-se, observando-se “hoje”: um consumo mais elevado em homens de posição socioeconômica mais baixa, associado a uma maior incidência de experimentação nesse grupo em idades mais jovens e a uma maior probabilidade de cessação de consumo nos indivíduos de posição socioeconômica mais elevada. No caso das mulheres, o nível de educação e rendimento superiores associam-se a uma maior prevalência de consumo de tabaco, mas também a uma maior probabilidade de cessação⁴⁷, sendo expectável que o consumo passe a concentrar-se nas mulheres de menor estatuto socioeconômico.

Um dos aspectos mais preocupantes atualmente é a tendência potencial de agravamento de iniquidades de consumo em indivíduos mais jovens. Dados de uma coorte portuguesa de jovens adultos evidencia que adolescentes cujas mães têm baixo nível de escolaridade, maior precariedade laboral e rendimento mais baixo apresentam maior probabilidade de desenvolver comportamentos de risco do que os seus pares com posição socioeconômica mais elevada. Esse fenómeno contribui para a perpetuação e alargamento do fosso das iniquidades⁴⁸. Os efeitos diferenciais das políticas de saúde de acordo com a posição socioeconômica podem inadvertidamente contribuir para essas desigualdades, especialmente quando se adotam políticas parciais (por exemplo, a proibição de consumo de tabaco em espaços fechados tende a ter maior efetividade nos grupos mais favorecidos)⁴⁹. As políticas implementadas têm ficado ainda aquém na resposta para uma redução efetiva e equitativa da morbimortalidade relacionada com o consumo de tabaco. Portugal ficou posicionado em 30º lugar entre 37 países, pela *Tobacco Control Scale*, com falhas especialmente na definição do preço dos produtos de tabaco e na implementação de políticas de proibição de consumo de tabaco em locais públicos⁵⁰.

Relativamente ao consumo de álcool, este encontra-se culturalmente enraizado em Portugal e apresenta valores superiores à média dos países da OMS/Europa⁵¹. Existem diferenças importantes de gênero, com um consumo médio de 19 litros de álcool per capita em homens e de 6 litros em mulheres. No entanto, enquanto o consumo é mais elevado nos homens com escolaridade mais baixa, nas mulheres, ocorre o inverso. Entre os jovens de 15 anos, 14% referem ter estado embriagados pelo menos duas vezes na vida. Esse indicador é particularmente relevante uma vez que jovens que nunca estiveram embriagados apresentam uma probabilidade 26% superior de bons resultados escolares. O *binge drinking* é mais frequente em indivíduos com um nível de escolaridade mais elevado⁵².

Tal como no caso do tabaco, apesar de uma evolução globalmente positiva nos últimos anos no que concerne à implementação de políticas de saúde no controle dessas substâncias, Portugal fica ainda aquém na implementação de políticas de controle do consumo do álcool, especialmente no que concerne à taxação e ao preço das bebidas alcoólicas, medida considerada não só muito efetiva como também promotora de maior equidade em saúde⁵².

Não existe evidência concreta sobre a influência da indústria do álcool nas políticas nacionais, mas o *lobby* da Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas manifestou-se pela apresentação de um estudo ao Parlamento durante as discussões para a implementação de medidas relativas ao aumento dos impostos sobre bebidas alcoólicas, que pode ter influenciado a decisão final⁵³. Similarmente, apesar da Convenção Quadro da OMS definir que se devem desenvolver estratégias para impedir que a indústria tabaqueira interfira na definição de políticas, o *lobbying* continua a ocorrer, de forma subliminar ou evidente, demonstrando, mais uma vez, a importância atual dos determinantes comerciais de saúde.

No Portugal de “hoje”, encontramos, também, desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. Os serviços de saúde apresentam desigualdades geográficas na sua distribuição, encontrando-se mais concentrados no litoral. Um estudo feito no interior da Região Centro do país verificou que as pessoas que viviam em freguesias mais distantes dos hospitais tinham maior probabilidade de não comparência em consultas hospitalares, assim como aquelas que viviam em freguesias com maior privação socioeconómica⁵⁴. Em 2014, o acesso a médicos de especialidades hospitalares era menor nas pessoas com menor rendimento, assim como a médicos dentistas, ainda que não se observassem diferenças no acesso aos cuidados de saúde primários ou a medicamentos sujeitos a receita médica³⁰. As pessoas com baixo rendimento reportaram duas vezes maior probabilidade de apresentar necessidades de cuidados de saúde não satisfei-

tas⁵⁵. Similarmente, a hospitalização por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários foi superior nos quintis de menor escolaridade e menor poder de compra. Esse gradiente aumentou no período 2000-2014, traduzindo-se em um custo de mais de 15 milhões de euros para o Serviço Nacional de Saúde⁵⁶.

Apesar de o acesso aos cuidados de saúde em Portugal ser universal e tendencialmente gratuito, em 2020, era um dos países europeus com maior percentagem de custos com cuidados de saúde suportados diretamente pelos utilizadores (27,8%), sendo apenas ultrapassado pela Grécia e por alguns países do leste da Europa. Essa dependência dos pagamentos diretos coloca em maior risco as pessoas com menor poder económico, podendo, assim, ser um fator contribuinte para as desigualdades em saúde. Em 2021, as necessidades de saúde não satisfeitas em Portugal atingiam 5,7% das famílias, quase um ponto percentual acima da média da União Europeia (UE)⁵⁷. O principal fator relacionado com a não satisfação de necessidades de saúde era a insuficiência económica, seguida das listas de espera, em um padrão semelhante aos restantes países⁵⁷.

No Portugal de “hoje”, importa também abordar os fatores psicossociais e, sobretudo, aquilo que a evidência recente tem mostrado acerca do seu papel nas desigualdades sociais em saúde. Em 2017, Stringhini et al. observaram, utilizando dados de várias coortes, incluindo da coorte portuguesa EpiPorto, que as pessoas com estatuto socioeconómico baixo tinham um risco mais elevado de mortalidade, comparando com as que tinham um estatuto mais elevado, e que essa associação era independente dos fatores de risco considerados pela OMS como centrais para reduzir a mortalidade por doenças crónicas não transmissíveis em 25% até 2025⁵⁸. O estatuto socioeconómico baixo associava-se a um risco acrescido de 26% de mortalidade por todas as causas, 29% por doenças cardiovasculares e 26% por doenças oncológicas, mesmo após ajustamento para sexo, idade, etnia e todos os fatores de risco anteriormente mencionados. Os fatores psicossociais e o *embodiment* poderão explicar, pelo menos em parte, essa associação. Por um lado, as pessoas que vivem em piores condições socioeconómicas experienciam níveis de estresse mais elevados, prolongados no tempo, medidos através de hormônios como o cortisol, epinefrina e norepinefrina⁵⁹, e níveis mais elevados de marcadores inflamatórios⁶⁰. Por outro, o capital social, observado mediante fatores como o apoio social, a confiança, a sensação de pertença ou de reciprocidade, tem vindo a ser apontado como um fator protetor de uma pior saúde autorreportada e mortalidade^{61,62}.

Em Portugal, o estudo da associação entre o capital social e os níveis inflamatórios revelou que menores níveis de confiança e reciprocidade aos 17 anos estavam associados a um maior nível inflamatório aos 21 anos, quantificado por intermédio da concen-

tração de proteína C reativa e leucócitos⁶³. No caso dos idosos, o efeito da escolaridade na qualidade de vida é parcial e indiretamente mediado pelo apoio social⁶⁴. Este e a realização de atividades de lazer podem ser fatores protetores da depressão nos idosos, mesmo nos que vivem sozinhos⁶⁵.

Não podemos concluir a análise dos determinantes sociais e desigualdades em saúde no Portugal de “hoje” sem fazer dois importantes apontamentos sobre a saúde dos migrantes e a pandemia de covid-19.

Em relação à saúde dos imigrantes em Portugal, que também é abordada em um dos capítulos deste livro, salienta-se que, apesar de estes referirem melhor saúde do que a população nativa (60% referem bom estado de saúde *versus* 47% nos nativos), reportam uma proporção de necessidades de saúde não satisfeitas ligeiramente superior, apontando a falta de disponibilidade financeira como o principal motivo. Identificam-se, ainda, diferenças marcadas do padrão de mortalidade: 12% dos óbitos em imigrantes por causas não naturais comparativamente a 4% dos óbitos na população nativa; taxas de mortalidade superiores nos imigrantes africanos para todas as causas e a doença cardiovascular⁶⁶.

A pandemia de covid-19 foi menos “democrática” do que inicialmente se afirmava: o risco de infecção foi maior em pessoas com menor nível de escolaridade, sem cidadania portuguesa e a viver em casas sobrelotadas⁶⁷. Para além disso, as desigualdades em saúde acentuaram-se, com um aumento do sedentarismo⁶⁸, consumo de tabaco (13%), “comida de plástico” (13%), álcool (11%), bebidas energéticas (6%) e cannabis (1%) nos grupos mais desfavorecidos⁶⁹. Foi identificado impacto sobre a saúde mental da população, particularmente estresse e ansiedade, sobretudo em indivíduos com maior precariedade laboral⁶⁹. Foi também observada uma redução do acesso aos cuidados de saúde – consultas médicas, cirurgias, consultas para tratamento de dependências e rastreios de base populacional –, cuja recuperação provavelmente será mais difícil nos grupos que já têm de base um menor acesso aos cuidados de saúde.

3. Considerações Finais

“Hoje”, tal como “ontem”, os determinantes sociais continuam a influenciar a saúde em Portugal. Contudo, nesses dois séculos, puderam ser observados importantes ganhos em saúde (incluindo a redução das desigualdades), nomeadamente, na mortalidade infantil, na mortalidade materna, na morbimortalidade por doenças infecciosas (incluindo as evitáveis pela vacinação e as transmitidas pela água e alimentos) e na esperança de vida à nascença. Estes foram acompanhados pela melhoria da higiene individual e coletiva, pelo investimento nas infraestruturas básicas (água e saneamento),

pela melhoria do acesso à educação e aos cuidados de saúde, bem como das condições de trabalho e remuneratórias. “Hoje”, comparando com países de nível socioeconômico semelhante, Portugal apresenta melhores resultados de saúde do que o expectável⁷⁰.

No entanto, ainda que a maioria da população viva “hoje” melhor do que há dois séculos, perduram desigualdades em saúde: as desigualdades socioeconômicas (o risco de morrer e de adoecer, bem como de não adotar estilos de vida saudáveis, continua a ser superior nos grupos da população mais desfavorecidos socioeconomicamente); as desigualdades geográficas (os Açores continuam a ser a região com a maior taxa de mortalidade infantil); as desigualdades de gênero (os homens continuam a morrer mais cedo do que as mulheres); a tuberculose, que continua a prevalecer nos grandes centros urbanos (Lisboa e Porto) e, sobretudo, em “bolsas” de pobreza e sobrelotação; o acesso aos cuidados de saúde diferenciados, que continua a ser menor nos grupos menos favorecidos (necessidades não satisfeitas em cuidados continuados superiores à média da UE); o acesso à habitação e condições de moradia (nomeadamente, capacidade de manter a habitação aquecida); a insegurança alimentar (sobretudo, nas crianças de famílias desfavorecidas e idosos sós). A estas, somam-se, no Portugal de “hoje”, outras desigualdades em saúde, como sejam as relativas ao consumo de tabaco, de álcool, à obesidade ou ao excesso de peso. Portanto, às “macrodesigualdades” do Portugal de “ontem”, que afetavam a maior parte da população, parecem suceder as “microdesigualdades” do Portugal de “hoje”, que afetam grupos da população vulneráveis e colocam vários desafios, desde o acesso aos cuidados para o seu estudo e monitorização, para uma intervenção mais (custo)efetiva, até aos desafios económicos e de reestruturação social.

Contrariamente ao Portugal de “ontem”, o Portugal de “hoje” é um dos países em que se espera um envelhecimento mais acentuado da população nas próximas décadas, tanto pela base (taxa bruta de natalidade insuficiente para assegurar a reposição geracional) como pelo topo da pirâmide (aumento da esperança de vida). Ao envelhecimento e à perda funcional, parece associar-se um aumento sustentado da prevalência da população dependente, particularmente idosos, socioeconomicamente desfavorecidos e a viver sós (sobretudo mulheres). Isso colocará pressão sobre os mecanismos de solidariedade social (pensão de velhice e outras transferências sociais) e, se não for alvo de uma ação robusta, sustentada e multissetorial, repercutir-se-á em um agravamento dos resultados em saúde.

“Hoje”, tal como “ontem”, as áreas urbanas continuam a apresentar maiores desigualdades económicas e crescimento populacional. Tendo em conta a urbanização crescente da população, bem como as desigualdades referidas anteriormente em nível

das condições de habitação, associada ao nível de privação, o cenário de agravamento das desigualdades sociais em saúde torna-se muito verosímil. Recomenda-se, portanto, a implementação de políticas de saúde em uma lógica de universalismo proporcional, que assenta na alocação de recursos e na prestação de serviços universais, mas em uma escala e intensidade proporcionais ao grau de necessidade.

No Portugal do século XXI, após os enormes ganhos em saúde decorrentes da redução da mortalidade (incluindo a mortalidade prematura), antevê-se uma desaceleração e estabilização futuras desta. Em face do que foi discutido neste capítulo, esta provavelmente afetará de forma desproporcional indivíduos mais desfavorecidos, com maior prevalência de comportamentos de risco, piores indicadores socioeconômicos e de acesso a cuidados de saúde. Os custos crescentes com a saúde, seja pela introdução de inovação terapêutica, mais cara, seja pelo aumento dos custos com recursos humanos e materiais, configuram um dos grandes desafios para as próximas décadas, naquele que é um setor que já ocupa uma fatia importante da despesa nacional da maior parte dos países. Por isso a necessidade premente de aumentar o investimento em intervenções mais custo-efetivas, nomeadamente, nas áreas da promoção da saúde (sobretudo), bem como da prevenção primordial e da prevenção primária, com o envolvimento dos vários setores, em uma lógica de “saúde em todas as políticas”.

Enquanto no século XIX se assistia a uma emigração crescente, no Portugal de “hoje” observa-se o fenómeno inverso, com a imigração a crescer, particularmente de países com língua e cultura muito diferentes. Esse pode ser um fator “rejuvenescedor” da população, mas também trazer desafios quanto à redução das desigualdades existentes, uma vez que a imigração se associa frequentemente a um pior nível socioeconômico, exacerbado pela dificuldade de integração no país de destino, bem como pela tendência de crescimento do nacionalismo e do neoliberalismo nos países ocidentais, a que Portugal não é alheio.

Atualmente, o Plano Nacional de Saúde 2030, em Portugal, centra-se na saúde sustentável, vista como determinante e consequência do desenvolvimento sustentável. “hoje”, como “ontem”, em situações de maior limitação de recursos, como crises econômico-financeiras (muitas vezes a montante ou a jusante de crises sanitárias), são os grupos mais desfavorecidos os que sofrem piores consequências na saúde. Priorizar a sustentabilidade significa: criar sistemas de saúde resilientes e equitativos, capazes de servir toda a população, independentemente do rendimento ou posição socioeconômica; políticas ambientais e de organização territorial que promovam o acesso a habitação com condições condignas, a mobilidade ativa e o contacto com espaços verdes; políticas de educação que assegurem que todas as crianças, independentemente do estatuto socioeconômico dos seus pais, podem ter oportunidades iguais de crescer com

saúde e desenvolvimento intelectual, cognitivo e social. Assim, é fundamental identificar e caracterizar comunidades e bolsas de população vulneráveis, de modo a adequar as intervenções sociais, territoriais e em saúde às necessidades identificadas.

No campo da investigação, investigar determinantes sociais e desigualdades em saúde apresenta alguns desafios importantes, para além do acesso a microdados, referido anteriormente. A saúde deve ser vista como dependente de um sistema complexo, em que vários determinantes e resultados interagem entre si, seja ao nível micro ou macro. Importa considerar nessas análises os determinantes estruturais, como políticas adotadas (ou não) pelos decisores, e a sua interação com os determinantes individuais, de forma a criar evidência sobre as políticas que atenuam as desigualdades, melhorando a saúde de toda a população ou, no sentido inverso, comprometendo a saúde das pessoas que vivem em condições de maior vulnerabilidade.

Se existiram progressos acentuados e inegáveis do estado de saúde da população em Portugal, bem como dos seus principais determinantes (incluindo os sociais), as desigualdades (apesar da sua acentuada redução) aparentam continuar a ser o *leit-motiv* dessa “história”. Assim, no futuro, em Portugal (no contexto da Europa e global), a capacidade de resposta individual e coletiva aos grandes problemas de saúde, aos desafios demográficos (sobretudo, o envelhecimento), às crises climáticas, conflitos armados e fluxos migratórios daí decorrentes, futuras pandemias e outras emergências de saúde pública, aliados a desafios de financiamento dos sistemas de saúde e escassez de recursos humanos, continuará a ser modulada, sobretudo, pelas (micro)desigualdades e pelo maior ou menor sucesso na sua redução, por meio de uma ação multisetorial e multinível, rumo a mais saúde sustentável. Este, por sua vez, dependerá da vontade e da capacidade constantes de dar resposta à questão – “O que é que aprendemos?” –, e da consequente integração, nas ações presentes e futuras, dos ensinamentos de “ontem” e de “hoje”.

Referências

1. The British Academy. Historic and Geographic Patterns of Health Inequalities: Report of a roundtable. London: The British Academy; 2022.
2. Fleming PJ. The Importance of Teaching History of Inequities in Public Health Programs. *Pedagogy Health Promot* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2023 Oct 16];6(4):253-6. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2373379920915228>
3. Mallinson S, Popay J, Elliott E, Bennett S, Bostock L, Gatrell A, et al. Historical Data for Health Inequalities Research: a Research Note. *Sociology* [Internet]. 2003 Nov 1 [cited 2023 Oct 16];37(4):771-

80. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00380385030374008>
4. Rodrigues T. A População Portuguesa no século XIX [Internet]. Porto: CEPESE / Edições Afrontamento; 2004 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://www.cepese.pt/portal/pt/publicacoes/obras/a-populacao-portuguesa-no-seculo-xix>
5. Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Soc Sci Med*. 2012 Aug 1;75(4):761-9.
6. Berkman L, Kawachi I, Glymour M. Social Epidemiology [Internet]. Second. Case Studies in Clinical Psychological Science: Bridging the Gap from Science to Practice. New York: Oxford University Press; 2014 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://academic.oup.com/book/24997>
7. República Portuguesa. Representação Permanente de Portugal junto da União Europeia. História – Sobre Portugal [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://ue.missaoportugal.mne.gov.pt/pt/portugal/sobre-portugal/historia>
8. Ferreira D, Dias P. História de Portugal. Verso da Kapa. Lisboa: Verso da Kapa; 2016.
9. Rodrigues T. História da População Portuguesa – Português [Internet]. Porto: CEPESE / Afrontamento; 2008 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://www.cepese.pt/portal/pt/publicacoes/obras/historia-da-populacao-portuguesa>
10. Paulino JV. O abandono infantil na Lisboa da segunda metade do século XIX: os reflexos do encerramento da roda. *Rev Demogr Hist* [Internet]. 2017 [cited 2023 Oct 16];XXXV(II):101-34. Available from: <https://novaresearch.unl.pt/en/publications/o-abandono-infantil-na-lisboa-da-segunda-metade-do-s%C3%A9culo-xix-os->
11. Fiolhais C. Uma Breve História da Tuberculose em Portugal. [RMD] *Revista Multidisciplinar* [Internet]. 2022 Feb 20 [cited 2023 Oct 16];4(2):41-55. Available from: <https://revistamultidisciplinar.com/index.php/oj/article/view/98/122>
12. Serpa Silva S. Alcoolismo e Criminalidade no século XIX: O caso da ilha de S. Miguel (Açores). *Ler história* [Internet]. 2007 [cited 2023 Oct 16];(53):93-111. Available from: <https://journals.openedition.org/lerhistoria/2978>
13. Balsa C, Pascueiro L, Vital C. O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal. Prevalências e Padrões de Consumo 2001-2007. Lisboa: IDT-Instituto da Droga e Toxicod dependência; 2011.
14. Fraga S, Sousa S, Santos AC, Mello M, Lunet N, Padrão P, et al. Tabagismo em Portugal. *Arquivos de Medicina* [Internet]. 2005 [cited 2023 Oct 16];19((5-6)). Available from: <https://www.researchgate.net/publication/242569455>
15. Esteves A. Os hospitais per ante as epidemias no Norte de Portugal, entre o século XIX e as

- primeiras duas décadas do século XX. Temperamentvm [Internet]. 2021 Apr 13 [cited 2023 Oct 16];e17003-e17003. Available from: <https://ciberindex.com/index.php/t/article/view/e17003/e17003v>
16. Araújo MM. Mecanismos de assistência em Portugal e no Brasil: contributos para um debate, séculos XVII-XIX. Vila Nova de Famalicão: Humus; 2017. 220 p.
 17. Boa Nova D. De tanto girar, as rodas dos expostos acabaram por desaparecer em Lisboa. FCSH+Lisboa [Internet]. 2019 Apr 11 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://maislisboa.fcsb.unl.pt/de-tanto-girar-as-rodas-dos-expostos-acabaram-por-desaparecer-em-lisboa/>
 18. Vinhas MEGV. Assistência em fim de vida em Portugal, no século XIX [dissertação] [Internet]. Porto: Universidade Católica Portuguesa; 2012 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10216>
 19. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas – 2019. Porto: INE; 2020.
 20. Instituto Nacional de Estatística. O que nos dizem os censos sobre dinâmicas territoriais. Lisboa: INE; 2022.
 21. World Bank. Urban population (% of total population) – Portugal. Data [Internet]. 2018 [cited 2023 Oct 26]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.URB.TOTL.IN.ZS?locations=PT>
 22. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2021 – O que nos dizem os Censos sobre estruturas familiares [Internet]. Lisboa: INE; 2023 [cited 2023 Oct 16]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=593065060&DESTAQUESmodo=2
 23. Serra A, Garcia R. Infografia: Como envelhecem os portugueses? Pordata [Internet]. Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2022 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://www.pordata.pt/publicacoes/infografias/como+envelhecem+os+portugueses+-195>
 24. Instituto Nacional de Estatística. O que nos dizem os Censos sobre a população de nacionalidade estrangeira residente em Portugal. Lisboa: INE; 2021.
 25. Direção-Geral da Saúde. PNS 2030 – Plano Nacional de Saúde. Lisboa: DGS; 2022 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/>
 26. Costa C, Santana P. Gender and Age Differences in Socio-economic Inequalities in Total and Avoidable Mortality in Portugal: A Trend Analysis*. Fisc Stud [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2023 Oct 16];42(1):123-45. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1475-5890.12264>
 27. Ribeiro AI, Fraga S, Severo M, Kelly-Irving M, Delpierre C, Stringhini S, et al. Association of

neighbourhood disadvantage and individual socioeconomic position with all-cause mortality: a longitudinal multicohort analysis. *Lancet Public Health* [Internet]. 2022 May 1 [cited 2023 Oct 16];7(5):e447-57. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S2468266722000366/full-text>

28. Teixeira M, Varela MA, Vasco JV, Perelman J, Leão T. Evolução das desigualdades nas doenças crónicas não transmissíveis em Portugal: uma análise das últimas três décadas. Porto; 2023.

29. Ribeiro S, Furtado C, Pereira J. Associação entre as doenças cardiovasculares e o nível socio-económico em Portugal. *Rev Port Cardiol* [Internet]. 2013;32(11):847-54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24119864>

30. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Viver em tempos incertos: Sustentabilidade e equidade na saúde. Lisboa: OPSS; 2017.

31. Leão T, Perelman J, Felício M, Machado V, Lima G. Health Inequalities in Diabetes Mellitus and Hypertension: A Parish Level Study in the Northern Region of Portugal. *Acta Med Port* [Internet]. 2016 Oct 31 [cited 2023 Oct 16];29(10):605-12. Available from: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7016>

32. Perelman J. Syndemic Pandemic in Portugal: Social Inequality in Risk Factors Associated With COVID-19 Mortality. *Acta Med Port* [Internet]. 2022 Jun 1 [cited 2023 Oct 16];35(6):443–9. Available from: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/16031>

33. Oliveira O, Ribeiro AI, Krainski ET, Rito T, Duarte R, Correia-Neves M. Using Bayesian spatial models to map and to identify geographical hotspots of multidrug-resistant tuberculosis in Portugal between 2000 and 2016. *Scientific Reports* 2020 10:1 [Internet]. 2020 Oct 6 [cited 2023 Oct 16];10(1):1-9. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-73759-w>

34. Oliveira O, Ribeiro AI, Duarte R, Correia-Neves M, Rito T. Intra-urban variation in tuberculosis and community socioeconomic deprivation in Lisbon metropolitan area: a Bayesian approach. *Infect Dis Poverty* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2023 Oct 17];11(1). Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/151637>

35. Direção-Geral da Saúde. Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal. Lisboa: DGS; 2022.

36. World Health Organization. Environmental health inequalities in Europe – Second assessment report. Copenhagen: WHO; 2019.

37. Hoffmann E, Barros H, Ribeiro AI. Socioeconomic Inequalities in Green Space Quality and Accessibility-Evidence from a Southern European City. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2017

- Aug 15 [cited 2023 Oct 16];14(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28809798/>
38. Peralta S, Carvalho BP, Fonseca M. Portugal, Balanço Social 2022: Relatório Anual. Lisboa: Nova SBE; 2023.
39. Maia I, Santos AC. Prevalence and determinants of children self-reports of food insecurity: evidence from a Portuguese population-based birth cohort. Food Secur [Internet]. 2022 Apr 1 [cited 2023 Oct 17];14(2):427–35. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12571-021-01233-0>
40. Freiheit R, Maia I, Santos AC, Leão T. FED UP: A Mixed-Methods Investigation on the Influencing Factors of Food Insecurity in the Azores [dissertação]. [Porto]: Universidade do Porto; 2022.
41. Alves R, Lopes C, Perelman J. Healthy eating: a privilege for the better-off? Eur J Clin Nutr [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2023 Oct 17];76(1):134–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33986488/>
42. Magalhães V, Severo M, Correia D, Torres D, Costa De Miranda R, Rauber F, et al. Associated factors to the consumption of ultra-processed foods and its relation with dietary sources in Portugal. J Nutr Sci [Internet]. 2021 Oct 7 [cited 2023 Oct 16];10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34733501/>
43. World Health Organization. Commercial determinants of health [Internet]. WHO; 2023 Mar 21 [cited 2023 Oct 17]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health>
44. Nixon H, Doud L. Do fast food restaurants cluster around high schools ? A geospatial analysis of proximity of fast food restaurants to high schools and. Development. 2011;2(1).
45. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 1o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Determinantes de Saúde. Lisboa: INSA IP; 2017.
46. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2022. Lisboa: INSA IP; 2023.
47. Alves J, Kunst AE, Perelman J. Evolution of socioeconomic inequalities in smoking: results from the Portuguese national health interview surveys. BMC Public Health [Internet]. 2015;15(1):311. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/15/311>
48. Abrahamyan A, Soares S, Correia D, Oliveira A, Fraga S. Childhood social adversity and clustering of health risk behaviours during early adolescence in a population-based birth cohort. Public Health. 2023 Jul 1;220:80-7.
49. Smith BT, Smith PM, Harper S, Manuel DG, Mustard CA. Reducing social inequalities

in health: the role of simulation modelling in chronic disease epidemiology to evaluate the impact of population health interventions. *J Epidemiol Community Health* (1978) [Internet]. 2013 [cited 2023 Oct 16];0:384-9. Available from: <http://jech.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jech-2013-202756>

50. Leagues C, Joossens L, Olefir L, Feliu A, Fernandez E. Luk Joossens Lilia Olefir Ariadna Feliu Esteve Fernandez ECL Association of European The Tobacco Control Scale 2021 in Europe [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 16]; Available from: <http://www.tobaccocontrolscale.org/TCS2021>

51. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação. Relatório Anual 2021: A Situação do País em Matéria de Álcool. Lisboa: Sicad; 2022.

52. Organization for Economic Cooperation and Development. Preventing Harmful Alcohol Use [Internet]. Paris; 2021 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://www.oecd.org/portugal/Preventing-Harmful-Alcohol-Use-Key-Findings-PORTUGAL.pdf>

53. Paixão MM, Mialon M. Help or Hindrance? The Alcohol Industry and Alcohol Control in Portugal. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 Nov 18 [cited 2023 Oct 16];16(22):4554. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/22/4554/htm>

54. Santos C, Leão T. Determinantes da não comparência a consultas hospitalares programadas no Centro Hospitalar Tondela-Viseu. Porto; 2023.

55. Teixeira MLF. Desigualdades no acesso aos cuidados de saúde: a associação com a multimorbilidade [dissertação]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2020.

56. Dimitrovová K, Costa C, Santana P, Perelman J. Evolution and financial cost of socioeconomic inequalities in ambulatory care sensitive conditions: An ecological study for Portugal, 2000-2014. *Int J Equity Health*. 2017;16(1):1-11.

57. Pita Barros P, Costa E. Acesso a Cuidados de Saúde, 2022: As escolhas dos cidadãos no pós-pandemia. Lisboa: Nova School of Business & Economics; 2022.

58. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet* [Internet]. 2017 Mar 25 [cited 2023 Oct 16];389(10075):1229-37. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28159391/>

59. Cohen S, Doyle WJ, Baum A. Socioeconomic status is associated with stress hormones. *Psychosom Med* [Internet]. 2006 [cited 2023 Oct 16];68(3):414-20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16738073/>

60. Maurel M, Castagné R, Berger E, Bochud M, Chadeau-Hyam M, Fraga S, et al. Patterning of educational attainment across inflammatory markers: Findings from a multi-cohort study. *Brain Behav Immun*. 2020 Nov 1;90:303-10.
61. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *Am J Public Health* [Internet]. 1999;89(8):1187-93. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&DbFrom=pubmed&Cmd=Link&LinkName=pubmed_pubmed&LinkReadableName=Related_Articles&IdsFromResult=10432904&ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum\&http://www.ncbi.
62. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. *Am J Public Health* [Internet]. 1997 [cited 2023 Oct 16];87(9):1491-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9314802/>
63. Teixeira P, Maio L, Fraga S, Leão T. Relação entre Capital Social e biomarcadores inflamatórios no início da idade adulta: um estudo longitudinal. Porto; 2022.
64. Henriques A, Silva S, Severo M, Fraga S, Barros H. Socioeconomic position and quality of life among older people: The mediating role of social support. *Prev Med* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2023 Oct 16];135. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32243939/>
65. Henriques A, Talih M, Pastor-Valero M, Fraga S, Dias I, Matijasevich A, et al. A multidimensional perspective of the relation between social isolation and depression among Portuguese older adults. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2023 Oct 16];30(4):1412-21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34173289/>
66. Harding S, Teyhan A, Rosato M, Santana P. All cause and cardiovascular mortality in African migrants living in Portugal: evidence of large social inequalities. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* [Internet]. 2008 [cited 2023 Oct 26];15(6):670-6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18779736/>
67. Leite A, Leão T, Soares P, Severo M, Moniz M, Lucas R, et al. A Case-Control Study of Contextual Factors for SARS-CoV-2 Transmission. *Front Public Health* [Internet]. 2021 Nov 4 [cited 2023 Oct 16];9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34805081/>
68. Organization for Economic Development and Cooperation. Health at a Glance: Europe 2022. Paris: OECD Publishing; 2022 Dec 5 [cited 2023 Oct 26]; Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en
69. Morgado P, Picó-Perez M. Segundo confinamento: dados mostram novo agravamento nos sintomas de stress, ansiedade e depressivos [Internet]. Universidade do Minho, 2021 Apr 22

[cited 2023 Oct 16]. Available from: https://www.med.uminho.pt/pt/_layouts/15/UMinho.PortalsUOEI.UI/Pages/EventsDetail.aspx?id=57361

70. Direção-Geral da Saúde. Institute for Health Metrics and Evaluation. Portugal: The Nation's Health 1990-2016: : An overview of the Global Burden of Disease Study 2016 Results [Internet]. Seattle, EA: IHME; 2018 [cited 2023 Oct 26]. Available from: https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2018/PolicyReport_GBD-Portugal_2018.pdf

Sobre os autores

Manuela Mendonça Felício. Médica especialista em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte e Direção-Geral da Saúde (Plano Nacional de Saúde 2030), Porto, Portugal. Orcid: 0000-0003-4282-6700

Teresa Leão. Médica especialista em Saúde Pública, Mestrado e Doutoramento em Saúde Pública. Departamento de Ciências da Saúde Pública e Forenses, e Educação Médica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal. Orcid: 0000-0002-7364-0100

Carlos Matos. Médico especialista em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte e Direção-Geral da Saúde (Plano Nacional de Saúde 2030), Porto, Portugal. Orcid: 0000-0003-1134-0396

Autor de correspondência:

Manuela Mendonça Felício

Administração Regional de Saúde do Norte, Departamento de Saúde Pública. Rua Anselmo Brandão 144, 4000-078, Porto Portugal. Tel: +351 22 041 17 01 – E-mail: mfelicio@arsnorte.min-saude.pt.

INTERSETORIALIDADE: LIÇÕES APRENDIDAS PARA TRABALHAR FORA DA CAIXA

Intersectoralité: leçons apprises pour sortir des sentiers battus

Intersectorality: lessons learned to work outside the box

Marco Akerman

Rosilda Mendes

Carmen L A Santana

Grace Noronha

Douglas Andrade

Fátima Madalena de Campos Lico

Daniele Pompei Sacardo

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho

Camila Cristina Barbosa dos Santos

Resumo

A intersectorialidade é uma invenção prática para articular atores, recursos e ideias na solução de um problema comum que interesse a todos em um determinado território. Exercícios de escuta às diferentes histórias de intersectorialidade são necessários para colher lições aprendidas e promessas futuras. Por isso, no dia 12 de junho de 2023, os autores deste capítulo, membros do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação (Cepedoc) em Cidades Saudáveis, realizaram o Seminário “Intersectorialidade: lições aprendidas para trabalhar fora da caixa” no âmbito do Projeto “Intersectorialidade: recomendações para a promoção da saúde” (Cepedoc, Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde), com o objetivo de produzir um guia para implementar essas recomendações. Nesse contexto, a proposta desse seminário foi criar um espaço de diálogo entre teorias e práticas intersectoriais, visando contribuir para a identificação de princípios e estratégias capazes de orientar a colaboração entre diferentes atores e setores no território para: 1) Identificar os desafios mais comuns enfrentados na implementação de abordagens intersectoriais; 2) Apontar recomendações para a efetividade de experiências intersectoriais. Este capítulo toma emprestado esses objetivos e desenvolve uma síntese analítica e crítica do debate desenvolvido por seis expositores (gestores de políticas públicas, acadêmicos e representantes de entidades da sociedade civil) em duas mesas de reflexão e acena com a possibilidade de uma intersectorialidade de nova geração para o século XXI.

Palavras-chave: Intersectorialidade; Colaboração Intersectorial; Promoção da Saúde; Determinantes Sociais da Saúde; Política Pública.

Résumé

L'intersectorialité est une invention pratique pour articuler les acteurs, les ressources et les idées pour résoudre un problème commun qui intéresse tout le monde sur chaque territoire. Des exercices d'écoute de différentes histoires d'intersectorialité sont nécessaires pour recueillir les leçons apprises et les promesses futures. Ainsi, le 12 juin 2023, les auteurs de ce chapitre, membres du Centre d'études, de recherche et de documentation (Cepedoc) sur les Villes-santé, ont organisé le Séminaire « Intersectorialité : leçons apprises pour sortir des sentiers battus » dans le cadre du Projet « Intersectorialité : recommandations pour la promotion de la santé » (Cepedoc, Organisation panaméricaine de la santé et Ministère de la Santé), ayant pour objectif de produire un guide pour mettre en œuvre ces recommandations. Dans ce contexte, la proposition de ce séminaire était de créer un espace de dialogue entre théories et pratiques intersectorielles, visant à contribuer à l'identification de principes et de stratégies capables d'orienter la collabo-

ration entre les différents acteurs et secteurs du territoire pour 1) Identifier les plus les défis communs rencontrés dans la mise en œuvre des approches intersectorielles ; 2) Souligner des recommandations pour l'efficacité des expériences intersectorielles. Ce chapitre emprunte ces objectifs et développe une synthèse analytique et critique du débat développé par six intervenants (responsables des politiques publiques, universitaires et représentants d'entités de la société civile) autour de deux tables de réflexion et évoque la possibilité d'une nouvelle génération d'intersectorialité pour le 21^e siècle.

Mots-clés: Intersectorialité; Collaboration Intersectorielle; Promotion de la Santé; Déterminants Sociaux de la Santé ; Politique Publique.

Abstract

Intersectoriality is a practical invention to articulate actors, resources, and ideas in solving a common problem that interests everyone in each territory. Listening exercises to different stories of intersectoriality are necessary to gather lessons learned and future promises. Therefore, on June 12, 2023, the authors of this chapter, members of the Center for Studies, Research and Documentation (Cepedoc) in Healthy Cities, held the Seminar “Intersectoriality: lessons learned to work outside the box” within the scope of the Project “Intersectoriality: recommendations for health promotion” (Cepedoc, Pan American Health Organization and Ministry of Health), with the aim of producing a guide to implement these recommendations. In this context, the proposal of this seminar was to create a space for dialogue between intersectoral theories and practices, aiming to contribute to the identification of principles and strategies capable of guiding collaboration between different actors and sectors in the territory to 1) Identify the most common challenges faced in the implementation of intersectoral approaches; 2) Point out recommendations for the effectiveness of intersectoral experiences. This chapter borrows these objectives and develops an analytical and critical synthesis of the debate developed by six speakers (public policy managers, academics, and representatives of civil society entities) at two reflection tables and raises the possibility of a new generation of intersectoriality for the 21st century.

Keywords: Intersectoriality; Intersectoral Collaboration; Health Promotion; Social Determinants of Health; Public Policy.

1. Introdução

“Fora da Caixa”?

O vocábulo intersetorialidade é frequentemente “acusado” de ser polissêmico e de que essa multiplicidade de significados é responsável por impedir uma definição mais precisa que represente a experiência em tela¹⁻⁵.

Mais que um conceito, a intersetorialidade é uma invenção prática na busca de articular atores, recursos e ideias na solução de um problema comum que interesse a todos em um determinado território. Nesse sentido, compete aos atores envolvidos não necessariamente buscar uma única definição do que estão fazendo, mas desenvolver um autoconhecimento de sua prática intersetorial. Cabe também a escolha compartilhada de onde querem chegar, e com que radicalidade desejam aprofundar o que estão fazendo juntos.

A figura 1 abaixo traz um Mapa Conceitual para reflexão sobre práticas intersetoriais, produzido em uma Oficina de Trabalho, realizada pelos autores deste capítulo, em 27 de fevereiro de 2023, que indica distintas intensidades possíveis para uma prática intersetorial, que permita aos seus participantes identificar em que parte do caminho se encontram e traçar perspectivas para seus itinerários.

Figura 1. Mapa Conceitual, Oficina de Trabalho, Cepedoc Cidade Saudáveis, 2023



Cada uma das experiências que puder se valer desse mapa – como ferramenta de análise – terá uma história para contar e uma reflexão para movimentar sua trajetória. Exercícios de escuta às diferentes histórias de intersectorialidade, já há muito tempo no caminho, são necessários para colher lições aprendidas, promessas e desejos futuros.

Por isso, no dia 12 de junho de 2023, os autores deste capítulo, membros do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação (Cepedoc) em Cidades Saudáveis, Centro Colaborador da Organização Pan-Americana da Saúde da Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS)⁶, realizaram o Seminário “Intersectorialidade: lições aprendidas para trabalhar fora da caixa” no âmbito do Projeto “Intersectorialidade: recomendações para a promoção da saúde”, Carta Acordo realizada entre Cepedoc, Opas e Ministério da Saúde, que tem como objetivo produzir recomendações de práticas intersectoriais para a promoção da saúde e elaborar um guia para a implementação destas recomendações.

2. Desenvolvimento

Ao pensarmos no título do Seminário “Intersectorialidade: lições aprendidas para trabalhar fora da caixa”, provocamos duas reflexões: 1) “caixa” como setor, no estímulo para que as discussões pudessem nos levar a identificar modos e estratégias para ultrapassar os limites do setor da saúde, e de outros setores de políticas públicas, quando problemas sociais do território exigem respostas integradas capazes de envolver diferentes setores e atores; 2) “fora da caixa” no sentido de estimular a discussão para captar soluções criativas e não convencionais, e já desenvolvidas pelos participantes desse seminário em suas respectivas experiências intersectoriais.

É curiosa a enormidade de itens de pesquisa no Google quando se busca a expressão “fora da caixa” (7,46 milhões), que se reduzem um pouco mais ao especificar “pensar fora da caixa” (332 mil) e “trabalhar fora da caixa” (19,4 mil). Por isso quase tudo pode ser considerado “fora da caixa”: “ser concursado fora da caixa”, “ser mãe fora da caixa”, “ser advogado fora da caixa”, “ser gestor fora da caixa”, para ficar apenas com algumas possibilidades de “caixas”.

Há também inúmeras frases sobre pensar e sair “fora da caixa” para estimular os interessados – uma, bem contundente, do artista de rua Banksy: “Pense fora da caixa, pisoteie a caixa, enfie uma faca afiada nela”; outra de superação, como a de Deepak Chopra, médico ayurverda: “Ao invés de pensar fora da caixa, livre-se dela”; ou mesmo uma outra, nem tanto estimulante, do *youtuber* Murilo Gun: “Nascemos fora da caixa, nos colocaram na caixa, e agora temos que sair de novo da caixa”.

Sem reduzir a uma narrativa do “Coach das Caixas”, não importa qual seja o verbo – “pensar” ou “trabalhar”, ou mesmo “sair” fora da caixa –, qualquer um deles quer indicar “não fazer mais do mesmo” se quisermos obter resultados diferentes. Entretanto,

não é uma tarefa simples, pois, muitas vezes, esse movimento pode ser palco de conflitos, desgastes e desalento para os profissionais envolvidos. No caso da ação intersetorial, não fazer mais do mesmo é colocar pessoas de distintos setores, lado a lado, para que comecem a trabalhar juntas diante de um problema que afeta a todos em busca de ampliar a efetividade e a sustentabilidade de ações, programas ou políticas.

Estudos internacionais e nacionais⁷⁻¹¹ apontam diversas barreiras para o trabalho intersetorial, por exemplo: cada setor tem sua própria cultura, com diferentes valores, linguagem, processos, orçamentos, normas etc., o que dificulta a comunicação e a colaboração entre eles; a coordenação de atividades e responsabilidades de diferentes setores não é tarefa fácil; as desigualdades de recursos entre os setores; os profissionais nem sempre se encontram preparados para operar um trabalho que exige mediação e sinergia, entre muitas outras. Por outro lado, também são descritos exemplos de iniciativas, projetos e programas que demonstram como a colaboração entre setores pode gerar resultados positivos, efetivos e sustentáveis na saúde e na melhoria das condições de vida.

Nesse contexto, a proposta do Seminário “Intersetorialidade: lições aprendidas para trabalhar fora da caixa” foi criar um espaço de diálogo entre teorias e práticas intersetoriais, visando contribuir para a identificação de princípios e estratégias capazes de orientar a colaboração entre diferentes atores e setores no território.

Esse Seminário buscou fomentar o diálogo e a aprendizagem coletiva sobre a implementação de práticas intersetoriais: para identificar os desafios mais comuns enfrentados na implementação de abordagens intersetoriais; e apontar recomendações para a efetividade de experiências intersetoriais.

Este capítulo toma emprestado esses objetivos e desenvolve uma síntese analítica e crítica do debate desenvolvido por seis convidados (gestores de políticas públicas, acadêmicos e representantes de entidades da sociedade civil) em duas mesas de reflexão. A figura 2 a seguir apresenta os temas das duas mesas do Seminário com seus respectivos expositores.

Figura 2. Mesas do Seminário e respectivos expositores (junho, 2023)

 Intersectorialidade: lições aprendidas para trabalhar fora da caixa 	
Mesa 1 - Intersectorialidade: estratégias para coordenação, comunicação e gestão de recursos	
Convidados Andrey Roosevelt Chagas Lemos Ministério da Saúde Ana Valéria Machado Mendonça Universidade de Brasília José Crus Secretário-Adjunto de Assistência Social de Belo Horizonte	Mediação Marco Akerman FSP-USP
Formulário de inscrição: bit.ly/Inscrição_Seminário_Intersectorialidade 	
 Intersectorialidade: lições aprendidas para trabalhar fora da caixa 	
Mesa 2 - Intersectorialidade: barreiras e facilitadores para trabalhar fora da caixa	
Convidados Paula Johns ACT - Promoção da Saúde Crhistinne Cavalheiro Maymone Gonçalves Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul Nilo Bretas Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde	Mediação Rosilda Mendes CEPEDOC Cidades Saudáveis
Formulário de inscrição: bit.ly/Inscrição_Seminário_Intersectorialidade 	

Como algumas vozes se expressam sobre o tema? O que escutamos como possíveis recomendações?

Atores da intersectorialidade: conexões e alianças estratégicas

Há uma pluralidade de atores implicados na construção de ações, programas e políticas intersectoriais representando instituições com diferentes interesses, nem sempre convergentes. A prática intersectorial envolve pessoas e instituições com distintos olhares, experiências, saberes, conhecimentos, valores e cosmovisões que necessitam de tempo e espaços de diálogo para serem explicitados, compartilhados e acolhidos. Trata-se de um processo de encontro, principalmente entre pessoas, que se inicia a partir de um “problema real”, uma questão ou um desafio complexo que afeta, em maior ou menor medida, todos daquele grupo com o objetivo de propor coletivamente estratégias de enfrentamento. Coordenar interesses distintos e fortalecer os que são comuns é um desafio que demanda uma articulação para criar e manter conexões, considerando que cada ator ou instituição apresenta modos de funcionamento, dinâmicas, papéis, responsabilidades e orçamentos diferentes, mas que podem ser complementares.

O diálogo constitui a matéria-prima essencial para o estabelecimento das relações entre as diferentes pessoas e instituições. Esse aspecto foi abordado em diversos momentos do Seminário, visto que é por meio da troca inclusiva de saberes e visões que emerge a possibilidade para lidar com os conflitos, os constrangimentos, as assimetrias de poder entre as várias políticas públicas institucionais. Também é por intermédio do

diálogo que é possível construir pactuações, convergências, corresponsabilidades em torno de temas e práticas consideradas “fora da caixa”, como destacado por um gestor, para inovar e propor iniciativas intersetoriais *“para além do âmbito das competências da saúde, mas que reverberam e impactam na promoção da saúde”* dos indivíduos e das coletividades.

É importante destacar a relevância da construção de vínculos e alianças estratégicas nas iniciativas intersetoriais, considerando que manter uma política pública viva e sustentável demanda um compromisso compartilhado entre sujeitos “guardiões” de temas específicos. São os múltiplos atores da sociedade civil organizada, dos coletivos, do poder público, das instituições diversas e do setor privado que, independentemente de quem estiver no poder em cada instituição em determinado momento histórico, irão zelar para que as conquistas se mantenham. Cabe indagar então: quem são os sujeitos sociais e as instituições que não podem ser excluídos do processo de construção e/ou manutenção de políticas intersetoriais? Há inclusão de atores-usuários nos espaços de cogestão intersetorial? Em que medida os atores potencializam as diferentes vozes e perspectivas nos processos colaborativos intersetoriais que buscam melhorar as condições de vida e saúde de populações em condições de vulnerabilidade?

O quadro 1 apresenta um resumo das recomendações relacionadas com os atores da intersectorialidade, suas conexões e alianças estratégicas.

Quadro 1. Recomendações, suas conexões e alianças estratégicas da intersectorialidade

Recomendações
Levar em conta o engajamento, o protagonismo cidadão e a cocriação nos processos de mudança
Promover a articulação que cria e mantém conexões entre diferentes instituições a partir do seu funcionamento, dinâmicas e do papel de cada uma delas
Coordenar interesses distintos e fortalecer os que são comuns
Envolver a sociedade civil para aumentar a ‘vida útil’ de algumas políticas públicas importantes que não fiquem à mercê de mudanças na gestão (guardiões)
Construir alianças estratégicas entre poder público, profissionais, sociedade civil, instituições diversas e o setor privado
Considerar que as práticas são apoiadas por saberes, conhecimentos, que se integram, que exige um olhar transversal, interdisciplinar
Considerar as disputas de poder alicerçadas em saberes fragmentados, previamente constituídos
Incentivar alianças intersectoriais para definir as diretrizes estaduais nas articulações, tanto intra quanto intersectoriais
Otimizar e/ou criar processos formativos interdisciplinares

Participação e espaços de diálogo intersetorial

Concordamos com um gestor no Seminário quando afirma que a intersectorialidade convoca *“novos padrões éticos e de efetivação de direitos”, “uma nova institucionalidade para a construção de políticas públicas”,* que inclui, nesse sentido, os imperativos éticos da participação social, da comunicação e da integralidade.

“Intersectorialidade implica coparticipação efetiva, ou seja, fazer parte da gestão, da produção e do usufruto compartilhado de algo ou de um processo”¹². Nesse sentido, instituir espaços de diálogo intersectoriais e interinstitucionais efetivos e afetivos (mesas de diálogo, comitês) com a participação de diferentes atores governamentais, profissionais, gestores, representação da sociedade civil e usuários dos territórios locais é fundamental para que os interesses públicos sejam garantidos em detrimento dos interesses privados. Como destacado por um participante do Seminário, *“ao longo da história, o setor da sociedade sem fins lucrativos tem um papel como um coadjuvante que vem ajudando o governo a fazer o que ele tem que fazer”* e se constitui em uma questão de estratégia de sobrevivência das políticas.

Cabe às iniciativas intersectoriais ampliarem a participação de sujeitos que possam, de forma compartilhada e colaborativa, estruturar ações, serviços e programas que promovam a equidade e que produzam mudanças positivas nas condições de vida das pessoas de forma sustentável. A participação social, na perspectiva de um gestor, *“é coparticipativa de situações que são recomendadas para o consenso, mas que também têm dissensos nas decisões”*. Assim, a gestão participativa, a dimensão do “fazer juntos” desde o planejamento até o monitoramento e avaliação das políticas nos desafia a *“sairmos de dentro das caixas”* e efetivar, de fato, ações integradas, articuladas, sinérgicas e cooperativas.

Outro participante do Seminário propõe o enfoque na *“centralidade do usuário”* em suas interrelações *“nos territórios vivos”*. A integralidade do cuidado convoca à participação de sujeitos, com *“saberes plurais presentes nas práticas cotidianas dos territórios, que são por sua vez, vivos, complexos, comunicativos e criativos”*. Ao mesmo tempo, a integralidade demanda que os atores disponham e produzam dispositivos como protocolos, linhas de cuidado, programas, resoluções, portarias, decretos, leis que sistematizam os papéis e responsabilidades, enfim, os compromissos assumidos.

“Nós chegamos aonde o povo está”, disse uma participante do Seminário. Há necessidade também de dar visibilidade por meio de estratégias e dispositivos de comunicação, informação e educação em saúde para que os agentes, em especial as comunidades, ampliem a *“consciência sanitária”,* de direitos sociais. Tais estratégias funcionam como *“antídotos à desinformação”*.

Por exemplo, um carro de som nos municípios do interior do País é importante para circular em ruas, feiras livres, centros comunitários e praças públicas. Ou uma página em uma rede social virtual, em que são múltiplos os públicos-alvo, as estratégias e os dispositivos comunicacionais e as linguagens.

E os celulares são essenciais também para a tradução do conhecimento e para ampliar-mos nossas lentes, dos gestores federal, estadual, municipal e locais, das unidades de saúde, profissionais da atenção primária que atuam na Estratégia de Saúde da Família, os agentes comunitários de saúde, os agentes de combate às endemias, escolas públicas, indivíduos, famílias e comunidades.

Esses desafios remetem aos imperativos éticos enunciados. Como construir uma “nova institucionalidade” de políticas intersetoriais participativas com enfoque nos determinantes e na integralidade do cuidado? Em um contexto de tanta desinformação, quais estratégias para divulgar nossas experiências intersetoriais?

O quadro 2 apresenta um resumo das recomendações relacionadas com a participação e aos espaços de diálogo intersetorial.

Quadro 2. Das recomendações sobre a participação e espaços de diálogo intersetorial

Recomendações
Estruturar ações, serviços e programas de forma compartilhada com definição de corresponsabilidades
Instituir espaços de diálogo intersetoriais e interinstitucionais efetivos e afetivos (mesas de diálogo, comitês)
Fomentar a construção de redes de proteção social nos territórios
Considerar a integralidade nas políticas de proteção social de combate à desigualdade com medidas estruturantes
Considerar os diferentes territórios das cidades na estruturação e organização das políticas sociais, sejam administrativos, regionais, ou de uma unidade de atenção, de proteção social
Considerar as vulnerabilidades, as potencialidades e as multiculturalidades dos territórios
Resgatar o pertencimento, a ancestralidade
Criar programas indutores (emprego e renda, moradia) com parceiros públicos e privados
Instituir políticas de comunicação intersetoriais e promotoras da saúde
Incentivar a educação midiática (consciência midiática, formativa e informativa) como antídoto à desinformação

Sustentabilidade para agir intersetorialmente no futuro

Há um consenso de que, na implementação de ações e práticas intersetoriais, a pactuação e a negociação em torno de prioridades tendem a ser bastante complexas.

O fato de existirem parcerias, redes de apoio social e alianças pode trazer resultados bastante positivos para a continuidade de projetos e políticas; no entanto, parcerias e alianças não estão imunes a disputas políticas, até mesmo em grupos que possuem posicionamentos semelhantes. A busca por soluções intersetoriais muitas vezes nos coloca diante de paradoxos e desafios intrincados. A divergência de interesses e objetivos entre os vários setores nos convoca à produção de novos diálogos e pontes de entendimento. A manutenção das parcerias é um dos principais desafios à construção de uma agenda integrada, tanto para projetos e programas mais pontuais e de curto prazo como para questões mais estruturais que envolvam políticas sociais^{13,14}. Esse aspecto foi debatido no Seminário e destacada a importância de garantir a sustentabilidade dos programas e das políticas e “tentar ganhar aliados”, mostrando a amplitude das práticas e políticas sociais que não se limitam às competências de uma secretaria de governo e podem trazer benefícios aos mais variados setores e à população.

Falar em sustentabilidade é também falar de futuro, do direito ao futuro. Isso não significa que devemos defender práticas que se perpetuem indistintamente, mas aquelas que podem criar institucionalidades, isto é, instituir novos arranjos societários para incluir outros setores de governo e da sociedade civil que estão lidando com agendas da saúde, das desigualdades, da justiça social, da equidade, da diversidade, da questão ambiental.

O debate em torno da transição de governos traz a questão das quebras abruptas e significativas para os programas e políticas. Entretanto, devemos sempre nos perguntar: com quem podemos contar? Quais ferramentas são potentes para criar espaços institucionalizados que propiciam alianças intersetoriais mais qualificadas e duradouras? Há possibilidade de continuar a obter recursos humanos, materiais, orçamentários e financeiros para o desenvolvimento de programas e políticas? As ações compartilhadas empreendidas consolidam-se de modo a produzir significativas transformações nas condições de vida das pessoas?

O quadro 3 apresenta um resumo das recomendações relacionadas com a sustentabilidade para agir intersetorialmente no futuro.

Quadro 3. Recomendações para agir intersetorialmente no futuro

Recomendações
Construir a cidade com sustentabilidade como parte de um projeto político
Considerar a estreita vinculação entre práticas intersetoriais e a sustentabilidade de políticas
Efetivar a responsabilidade do Estado na proteção social
Comprometer-se com uma estratégia de gestão de políticas sociais
Incentivar ações integradas e articuladas nas práticas já existentes

Incentivar ações inovadoras que potencializam a intersetorialidade
Instituir dispositivos, protocolos, resoluções, portarias, decretos, leis
Prover serviços à população em áreas socialmente críticas (áreas mais vulneráveis da cidade)

Recursos e financiamento para a intersetorialidade

Efetivar um planejamento intersetorial é um grande desafio que nós temos, com o compartilhamento de recursos, considerando as disputas orçamentárias, na esfera pública o orçamento é muito disputado entre saúde, educação, cultura, esporte, assistência social, todas as políticas públicas sociais.

Essa fala de um gestor de uma capital aponta a dificuldade que vem sendo vivenciada cotidianamente na gestão da saúde pela via da intersetorialidade, o financiamento de ações intersetoriais. “As rubricas dos orçamentos públicos são predominantemente setorializadas, o que reforça a dificuldade de compartilhamento de poder entre os atores envolvidos e dificulta a agilização e resolutividade das ações”¹⁵.

O debate suscitou outras questões importantes: a sobretaxação de produtos nocivos à saúde e/ou ao meio ambiente como cigarro, álcool, produtos alimentares ultraprocessados e agrotóxicos por meio da reforma tributária¹⁶ para dar conta dos enormes desafios que o País enfrenta. Conforme aponta o gestor, a tributação “é uma área fundante e estruturante que tem que dar conta da intersetorialidade... você precisa ter uma política ambiental, dialogar com a política de saúde, lidar com as políticas de redução, combate, mitigação...”; “a gente poderia ter recursos para sustentar o SUS que precisamos para o Brasil, o SUS no seu âmbito ampliado, porque o SUS é absolutamente intersetorial”.

Não podemos, contudo, deixar sempre de perguntar: essa é uma boa política? De onde vêm então as resistências? Quem são os atores que estão levantando bandeiras contra essa política pública? Onde estão os conflitos? Quais interesses econômicos privados estão prevalecendo?

O quadro 4 apresenta um resumo das recomendações relacionadas com os recursos e financiamento para a intersetorialidade.

Quadro 4. Recomendações para recursos e financiamento

Recomendações
Dar visibilidade, na gestão do orçamento, às ações setoriais e intersetoriais
Otimizar e compartilhar recursos orçamentários e financeiros dos diferentes setores
Defender a sobretaxação de produtos nocivos à saúde e ao meio ambiente, por meio da instituição do imposto seletivo, na reforma tributária
Destacar a centralidade do cidadão – usuário na definição da utilização de recursos

Monitoramento e Avaliação das práticas intersetoriais

Ainda que o tema do monitoramento e da avaliação de políticas sociais esteja em pauta, seja objeto de discussão há décadas e venha ocupando espaços cada vez maiores nos diferentes âmbitos da vida social, política e econômica contemporânea, há um longo percurso ainda a ser construído quando nos referimos às práticas e às políticas intersetoriais. O debate no Seminário discutiu o tema e apontou a necessidade de incluir o monitoramento e a avaliação no planejamento e na gestão das práticas intersetoriais. Afirmarções como “...nós monitoramos o programa o tempo inteiro” vêm acompanhadas da preocupação sobre quem realiza essas ações de acompanhamento, uma vez que parecem ser uma prerrogativa exclusiva dos técnicos. Ajustes na esfera pública são importantes e oferecem insumos para apontar os resultados alcançados.

Em geral, o debate sobre o tema, em especial relacionado com a promoção da saúde, mas que acreditamos nos ajudar a pensar em relação à intersectorialidade, aponta que a avaliação é percebida como uma etapa, ligada ao planejamento, que seria apenas mero procedimento burocrático, vista como uma inspeção/auditoria. Contudo, é preciso compreender o monitoramento e a avaliação como oportunidade de acompanhar e melhorar a realização de programas e políticas desde a implementação, objetivando alcançar os resultados almejados. Assim, podem contribuir para a reconfiguração dos espaços socio sanitários e da redução das iniquidades em saúde, com vistas a melhorar as condições de vida e de saúde da população^{17,18}.

Considerando as práticas intersectoriais e seus objetivos e intencionalidades, é possível inquirir: que tipo de avaliação seria o mais adequado? Podemos levar em conta os diferentes interesses entre os envolvidos em ações, programa e políticas? A quem interessa os resultados? Quem são os atores e setores que não podem estar ausentes?

O quadro 5 apresenta um resumo das recomendações relacionadas com o monitoramento e a avaliação das práticas intersectoriais.

Quadro 5. Resumo das recomendações sobre o monitoramento e a avaliação das práticas intersectoriais

Recomendações
Monitorar e avaliar as práticas intersectoriais considerando-os como etapas essenciais para o alcance dos objetivos
Incluir os envolvidos nas práticas intersectoriais nos processos de monitoramento e avaliação

Que lições e que promessas?

O debate suscitou alguns aspectos importantes, facilitadores, que poderiam potencializar as práticas intersetoriais, e a maioria deles incide sobre a responsabilidade do Estado na proposição de medidas estruturantes em âmbito local, nacional e global que reduzam as desigualdades, promovam a equidade e a justiça social. Em suma, no delineamento de políticas públicas, especialmente para aquelas que visam ao crescimento socioeconômico, coloca-se a necessidade de regulação do Estado. Nesse sentido, uma gestão compromissada com o desenvolvimento de práticas intersetoriais requer equipes gestoras e técnicas comprometidas, responsabilidades compartilhadas dos processos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações intersetoriais, buscando a realização do direito à saúde como objetivo comum entre setores, bem como a institucionalização de espaços de diálogos intersetoriais propositivos, resolutivos, com ampla participação dos diferentes atores envolvidos.

Igualmente importante, foi citada a comunicação social como uma ferramenta potente no empoderamento das comunidades para promover a saúde individual e coletiva. Processos educativos acerca do combate à desinformação devem envolver todos os setores, especialmente a mídia, as escolas, as universidades, as unidades de saúde, as áreas de gestão; e chegar aos cidadãos, no âmbito das famílias. Nesse sentido, foram destacados investimentos em comunicação social assertiva visando à utilização de diferentes dispositivos comunicacionais, à tradução e à disseminação de conhecimentos e informações para os distintos públicos-alvo.

No entanto, há muito ainda por fazer e muitos desafios a enfrentar considerando que a gestão da intersectorialidade coloca em questão as relações de poder desiguais entre os setores e atores envolvidos, com lógicas, orçamentos, processos de trabalho e de gestão que disputam hegemonias. Há conflitos de interesses privados de setores econômicos específicos nem sempre explícitos, demandando diálogo, negociações, regulamentações e processos de vigilância permanentes. Também a estrutura administrativa fragmentada e isolada dificulta a gestão integrada e o enfrentamento de problemas complexos, sobretudo, para a população em condições de vulnerabilidade.

Esses e outros aspectos não limitam, contudo, as possibilidades de desenhar um plano de ação, pactuado e o desejo de articular sujeitos e energias no enfrentamento das iniquidades e injustiças sociais, e a favor da promoção da saúde.

Intersetorialidade Fora da Caixa = Em busca de uma intersectorialidade de nova geração para o século XXI

E o século XXI chegou!

O descompasso entre os tempos de construção de políticas públicas de enfrentamento dos dilemas contemporâneos e as questões emergentes das novas gerações coloca-se entre os vários desafios latino-americanos da atualidade. A interdependência entre os problemas exige abordagens integradas e colaborativas. Por exemplo, em relação à educação, “O Brasil ainda tem uma escola do século XIX, professores do século XX e alunos do século XXI”¹⁹.

Ao buscarmos uma analogia da evolução secular para o tema deste capítulo, a intersectorialidade, ousaremos dizer que: para a produção social da saúde, os problemas são do século XXI, as ferramentas para enfrentá-los são do século XX, e a organização burocrática dos estados nacionais ainda é do século XIX.

No dia 20 de novembro de 2019, durante o 12º Congresso Europeu de Saúde Pública, profissionais de vários países reuniram-se em Marselha com o seguinte apelo: “Intersetorialidade: próxima geração, uma forma real de enfrentar as desigualdades?”. No título do evento, estaria implícita a necessidade de superação de um determinado passado e uma intencionalidade explícita para buscar essa nova aspiração intergeracional de ação intersectorial. Ou seja, devemos superar a intersectorialidade do século XX para que ela não seja apenas um arranjo de articulação tecnocrática de políticas, recursos e talentos, mas um verdadeiro dispositivo a serviço da justiça social.

De acordo com Shankardass²⁰, em artigo seminal “Uma revisão do âmbito da ação intersectorial para a equidade na saúde envolvendo governos”, das 5.343 propostas intersectoriais identificadas em 43 países, apenas 194 eram disposições explicitamente concebidas para promover a equidade.

Os palestrantes do evento em Marselha analisaram diferentes práticas intersectoriais em Nova Caledônia, Canadá, Brasil e Dinamarca. Essas intervenções foram seguidas de uma mesa-redonda para identificar facilitadores e obstáculos à intersectorialidade, lacunas entre teoria e prática e prioridades para avançar em direção à “verdadeira” intersectorialidade.

Foram identificadas algumas condições necessárias a serem levadas em conta para colocar em prática o que seria uma “intersectorialidade de nova geração”:

- que questões relacionadas com o modo capitalista de produção e consumo entrem na equação das políticas intersectoriais;
- que a intersectorialidade não seja tratada como uma panaceia para resolver as desigualdades sociais;

- que se entenda que a intersectorialidade não reduz necessariamente os conflitos inerentes às relações humanas (pode até aumentá-los);
- essa ação intersectorial não pressupõe a renúncia às responsabilidades setoriais;
- que tal articulação setorial deve atribuir um papel a cada um dos componentes do arranjo, e que não deve se configurar como uma massa amorfa na qual as partes perdem sua identidade;
- que a ação intersectorial não deve ser desencadeada apenas quando faltam recursos (ou apenas quando os dispositivos setoriais se esgotam), mas sim como um verdadeiro dispositivo, especialmente em nível local, para planejar e financiar políticas públicas com uma visão de longo prazo.
- que sejam buscadas estratégias que possam aumentar a sustentabilidade das experiências intersectoriais;
- que seja delineada uma agenda de pesquisa²¹ em meio a outras perspectivas de produção, compartilhamento e disseminação de conhecimento;
- que devemos formar um quadro teórico para a categoria da intersectorialidade;
- que sejam postas em prática mais avaliações da eficácia da intersectorialidade na promoção da equidade, principalmente em nível local.

Como esse debate poderia ser desencadeado a partir de agora? Que propostas para o século XXI? O que já fizemos no século XX e podemos continuar a fazer? O que fazemos e poderíamos parar de fazer? E o que não fizemos, mas que valeria a pena fazer?

A tecnologia vem acelerando o tempo, e a contagem do tempo em anos, de uma geração para outra, tem variado muito. Já houve épocas em que a diferença entre uma geração e outra chegava a 25 anos. Ou seja, a cada 25 anos, eram renovados princípios e ensinamentos sobre a cultura e a vida em sociedade compartilhados por determinado grupo.

Atualmente, o intervalo entre gerações está se estreitando à medida que novas formas de produzir acontecimentos históricos surgem em períodos mais curtos. Assim, propõe-se encurtar a duração de uma geração em 10 anos.

Muitas idades coexistem na sociedade, isto é, existem relações intergeracionais. Nesse sentido, são muitas gerações diferentes que convivem no mesmo espaço de tempo e intercalam ideias, princípios e aprendizados.

Afinal, que gerações estão sendo identificadas no mundo atual?

Uma plataforma de estudos educacionais chamada “Studio Kids”²² identifica seis gerações: 1) Tradicionalista: todas as pessoas nascidas até 1946; 2) Baby Boomer: o nascimento dessa geração ocorreu entre os anos de 1946 e 1964; 3) Geração X: o nascimento dessa geração foi de 1965 a 1981; 4) Geração Y: jovens nascidos entre 1982 e 2000; 5) Geração Z: é

composta por pessoas nascidas a partir da década de 2000; 6) e o surgimento mais recente de uma nova geração: a Geração Alfa, que teria surgido a partir de 2010.

E o que isso tem a ver com o nosso capítulo? Primeiro, com a provocação de equiparar “Intersectorialidade Fora da Caixa como uma intersectorialidade de nova geração para o século XXI”. Para fazer isso, devemos pensar, como observado acima para a civilização humana, se existe uma classificação semelhante para a evolução ao longo do tempo das gerações de intersectorialidade, mesmo que existam gerações antigas que precederam essa aspiração de uma nova geração de intersectorialidade.

Uma busca na base de dados PubMed, com a expressão “nova geração” apenas no título nova geração [Título], recuperou 2.459 artigos que indicavam predominantemente “novas gerações” como novidades no que diz respeito a medicamentos e a procedimentos cirúrgicos que poderiam substituir os anteriores com graus aproximados de eficácia.

Não encontramos estudos que estabeleçam esse mesmo tipo de comparação para intersectorialidade ou promoção da saúde. No entanto, a OMS organizou um seminário em Berlim, em dezembro de 2017, que apelou à “Criação de uma nova narrativa para a promoção da saúde nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”²³, enfatizando que:

Uma coisa, porém, é clara: estamos a entrar numa nova fase de promoção da saúde – isto é muito emocionante, mas também traz consigo novos desafios, reorientações e preocupações. Na verdade: a promoção da saúde é desafiada a redefinir o seu papel na nova era dos ODS²³.

Assim como a intersectorialidade, um dos pilares da promoção da saúde também clama por uma nova narrativa que, aqui, chamamos de “nova geração”.

Akerman et al.⁴ exercitam essa possibilidade evolutiva ao indicar três ondas de intersectorialidade: e assim como as ondas, as intersectorialidades se revelam e se alteram conforme o gosto dos tempos, das situações e dos atores: a 1ª onda – Utilitária, reforça o Estado mínimo fiscalizado pelo mercado, obtém recursos e divide responsabilidades; a 2ª onda – Racionalizadora, detecta que há fragmentação das políticas e ações que comprometem a eficácia do Estado e busca a eficiência; A 3ª onda ainda está por vir – a Interdependência generosa em que a intersectorialidade não é apenas a instalação de arranjos multisectoriais, mas a decisão ético-política deliberada de que o Estado e sua gestão e políticas sirvam ao interesse comum.

Voltando às diferentes gerações que se alternam ao longo do século XX e às suas respectivas ênfases, temos que: a geração Tradicionalista dá ênfase aos valores; na Baby Boomer, à prosperidade; a Geração X, os dispositivos para gerir a incerteza; a geração Y rompe com hierarquias; a Geração Z mergulha na tecnologia digital; e a geração atual, a Alfa, tem uma preocupação constante com as questões ambientais e começa a questionar o consumismo da sociedade atual.

Nesse sentido, a nova geração da intersectorialidade para o século XXI se identificaria com a nova geração de pessoas nascidas depois de 2000, e não seria pouca coisa se essa nova geração da intersectorialidade fosse aquela que se preocupasse com as questões ambientais e com o consumismo desenfreado da sociedade, a ênfase da Geração Alfa.

No entanto, também é possível aprender com as velhas gerações, e esta nova geração de intersectorialidade para o século XXI se fortaleceria com as ênfases das demais gerações: ter uma base de valores, aspirar à prosperidade além da base material, romper com hierarquias, operar *on-line*, usar a tecnologia digital e inteligência artificial como meio de letramento em saúde.

Nestas novas gerações com forte presença digital, em que as relações se estabelecem por meio de telas e eventos virtuais, estabelecem-se novas relações subjetivas e, conseqüentemente, novas formas de comunicar e de ser e estar no mundo – pensando na intersectorialidade das novas gerações: com muita informação disponível e novas formas de construção do pensamento coletivo. As reuniões continuam em grupos de WhatsApp®, as distâncias são reduzidas pelo Zoom®, a participação social é incentivada no Instagram® e por meio de plataformas virtuais²⁴. Para uma nova narrativa, estão alguns valores implícitos como a solidariedade, a autonomia, a criatividade, que dialogam com a “intersectorialidade da nova geração”.

A letra da música abaixo, entretanto, alerta-nos que há sempre uma tendência de retorno ao passado:

*Como nossos pais
Elis Regina
Novo Milênio: Elis Regina
Regravação de Belchior*

*Não quero falar com você meu grande amor
Das coisas que aprendi nos discos
Eu quero te contar como eu vivi
E tudo o que aconteceu comigo
Viver é melhor que sonhar
Eu sei que o amor é uma coisa boa
Mas eu também sei
Que qualquer música é menos que a vida
De qualquer um*

*Portanto, tome cuidado, meu bom
Há perigo no canto
Eles venceram e o semáforo
Está fechado para nós
Que somos jovens...*

*Para abraçar seu irmão
E beije sua garota, na lua
É que seu braço foi feito,
Seu lábio e sua voz...*

*Você me pergunta sobre minha paixão
Eu digo que estou encantado como uma nova invenção
Eu fico nesta cidade, não voltarei para o 'sertão' (interior)
Porque vejo o cheiro da nova estação chegando no vento
Sei tudo na ferida viva do meu coração...*

*Há muito tempo eu te vi na rua
Cabelos ao vento, jovens reunidos
Na parede da memória, esta memória
É a pintura que mais me dói...*

*Minha dor é perceber
Que apesar de ter feito tudo o que fizemos*

*Ainda somos os mesmos e vivemos
Ainda somos os mesmos e vivemos
Como nossos pais...*

*Nossos ídolos ainda são os mesmos
E as aparências não enganam
Você diz que depois deles ninguém mais surgiu
Você pode até dizer que eu não sei de nada
Ou então estou fora da realidade...*

Mas você ama o passado e não vê

*Você ama o passado e não vê
Que o novo sempre chega...*

*Hoje eu sei quem me deu a ideia
De uma nova consciência e juventude
Ele está em casa, guardado por Deus
Contando o vil metal...*

*Minha dor é perceber que apesar de ter
Feito tudo, tudo o que fizemos
Ainda somos os mesmos e vivemos
Ainda somos os mesmos e vivemos
Ainda somos os mesmos e vivemos
Como nossos pais...*

Referências

3. Prado NMBL, Aquino R, Hartz ZMA, Santos HLPC, Medina MG. Revisitando definições e naturezas da intersectorialidade: um ensaio teórico. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 29];27(2):593-602. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.47042020>
4. Solar O, Valentine N, Rice M, Albretch D. What kind of intersectoral action is needed.nan approach na an intersectoral typology. Nairobi: OMS; 2009. (Documento preparado para a 7ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde)
5. Garcia LMT, Maio IG, Santos TI, Folha CBJC, Watanabe HAW. Intersectorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. *Saúde debate* [Internet]. 2014 [cited 2023 Sep 29];38(103):966-80. Available from: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140083>
6. Akerman M, Franco de Sá R, Moyses S, Rezende R, Rocha D. Intersectorialidade? IntersetorialidadeS!. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2014 [cited 2023 Sep 29];19(11):4291-300. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.10692014>
7. Nascimento S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. *Serv. Soc. Soc* [Internet]. 2010 [cited 2023 Sep 29];101:95-120. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000100006>
8. World Health Organization. WHO Collaborating Centres. Global database [Internet]. WHO Collaborating Centre for Healthy Cities and Health Promotion. WHO; 2018 [cited 2023 Sep 29]. Available from: <https://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?v/8tDJ8J4E2NnEz4wAbjOw==>

9. Buse K, Tomson G, Kuruvilla S, Mahmood J, Alden A, van der Meulen M, et al. Tackling the politics of intersectoral action for the health of people and planet. *BMJ* [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 29];376:e068124. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068124>
10. Mondal S, Van Belle S, Maioni A. Learning from intersectoral action beyond health: a meta-narrative review. *Health Policy Plan* [Internet]. 2021 [cited 2023 Sep 29];36(4):552-71. Available from: <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa163>
11. Kriegner S, Ottersen T, Røttingen J, Gopinathan U. Promoting Intersectoral Collaboration Through the Evaluations of Public Health Interventions: Insights From Key Informants in 6 European Countries. *Int J Health Policy Manag* [Internet]. 2021 [cited 2023 Sep 29];10(2):67-76. Available from: <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.19>
12. Souza LB, Arcêncio RA, Cândido FCA, Campoy LT, Cartagena-Ramos DA, Fiorati RC. Social iniquities in Primary Healthcare and intersectoral action: a descriptive study. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2023 Sep 29];73(6):e20190196. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0196>
13. Smith MJ, Weinstock D. Reducing Health Inequities Through Intersectoral Action: Balancing Equity in Health With Equity for Other Social Goods. *Int J Health Policy Manag* [Internet]. 2019 [cited 2023 Sep 29];8(1):1-3. Available from: <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.103>
14. Bordenave JD. *O que é Participação?* São Paulo: Editora Brasiliense; 1983.
15. Magalhães R, Bodstein R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2009 [cited 2023 Sep 29];14(3):861-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300021>
16. Sacardo DPP, Noronha GN, Neves HN, Alves YMD. Promoção da saúde na metrópole com foco na intersetorialidade e sustentabilidade. *Tempus* [Internet]. 2014 [cited 2023 Sep 29];8(3):125-43. Available from: <https://doi.org/10.18569/tempus.v8i3.1568>
17. Moysés SJ, Moysés ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2004 [cited 2023 Sep 29];9(3):627-41. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000300015>
18. Fernandes D. O que é o Imposto Seletivo, tributo previsto na reforma tributária. *Jota* [Internet]. 20 out. 2023 [cited 2023 Sep 29]. Available from: <https://www.jota.info/legislativo/o-que-e-o-imposto-seletivo-tributo-previsto-na-reforma-tributaria-07082023>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis. Monitoramento e avaliação em promoção da saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [cited 2023 Sep 29]. 109 p.: il. Available from:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monitoramento_avaliacao_promocao_saude.pdf

20. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Avaliação em promoção da saúde: uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em saúde (CACIS), da Universidade de Montreal de 2002 a 2012 [Internet]. Brasília: Conass; 2014 [cited 2023 Sep 23]. 219 p. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/avaliacao-em-promocao-da-saude/>
21. Nuzzi R. A escola do século XIX tem solução? Available from: <https://www.ronaldonuzzi.com.br/a-escola-do-seculo-xix-tem-solucao/#:~:text=%E2%80%9CBrasil%20ainda%20tem%20uma,de%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Mozart%20Neves%20Ramos.>
22. Shankardass K, Solar O, Murphy K, Greaves L, O'Campo P. A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *Int J Public Health* [Internet]. 2012 [cited 2023 Sep 29];57(1):25-33. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00038-011-0302-4>
23. Potvin L. Intersectoral action for health: more research is needed! *Int J Public Health* [Internet]. 2012 [cited 2023 Sep 29];57(1):5-26. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00038-011-0330-0>
24. Bezerra K. Quanto tempo dura uma geração? *Estúdio Kids* [Internet], 9 maio 2018 [cited 2023 Sep 10]. Available from: <https://www.estudokids.com.br/quanto-tempo-dura-uma-geracao/>
25. World Health Organization. Meeting of the Technical Advisory Group on Health Promotion and the SDGs. Berlin, Germany: WHO; 11-12 Dec. 2017.
26. Brasil. Brasil Participativo. A plataforma de participação social do governo federal. *Gov.br* [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 29]. Available from: <https://brasilparticipativo.presidencia.gov.br/>

Sobre os autores

Marco Akerman. *Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública pela Universidade de Londres, Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) e Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação (Cepedoc) em Cidades Saudáveis. Plataforma Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9206528078547920>; ORCID: 0000-0003-1522-8000. Endereço: Avenida Doutor Arnaldo, 715, São Paulo (SP), Brasil – CEP: 01246-904. E-mail: marcoakerman@usp.br.*

Rosilda Mendes. *Doutora em Saúde Pública pela FSP-USP, docente da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp Baixada Santista) e coordenadora do Cepedoc Cidades Saudáveis. Plataforma Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3746693286898810>; ORCID: 0000-0001-5680-1657. Endereço: Rua Cayowaa, 1366/92, São Paulo (SP), Brasil – CEP: 05018-001. E-mail: rosilda.mendes@unifesp.br.*

Carmen LA Santana. Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, e Núcleo de Educação Permanente do Cepedoc Cidades Saudáveis. Plataforma Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6606709740942303>; ORCID: 0000-0002-6148-6230. Endereço: Rua João Moura, 860/101, São Paulo (SP), Brasil – CEP: 05412-002. E-mail: carmen.santana@alumni.usp.br

Grace Noronha. Mestra em Saúde Pública pela FSP-USP, Educadora em Saúde Pública pela Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos. Pesquisadora do Cepedoc Cidades Saudáveis. Plataforma Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2521418375026150>; ORCID: 0009-0006-6101-0028. Endereço: Rua Francisco Isoldi, 170, São Paulo (SP), Brasil – CEP: 05441-040. E-mail: grapnoronha@gmail.com

Douglas Andrade. Doutor em Saúde Pública pela FSP-USP. Docente do Curso de Educação Física e Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Mudança Social e Participação Política da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH-USP). Diretor de Comunicação do Cepedoc Cidades Saudáveis. Plataforma Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2723834613632963>; ORCID: 0000-0001-5135-582X. Endereço: Rua Nossa Senhora Mãe dos Homens, 1153, Roma 24, Guarulhos (SP), Brasil – CEP: 07091-000. E-mail: douglas.andrade@usp.br

Fátima Madalena de Campos Lico. Doutora em Saúde Pública pela FSP-USP. Pós-doutoranda no Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem da USP. Psicóloga da Secretaria Municipal da Saúde da Cidade de São Paulo e Diretora do Núcleo de Documentação do Cepedoc Cidades Saudáveis. Plataforma Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0933667174652627>; ORCID: 0000-0002-6805-7439. Endereço: Av. Ministro Álvaro de Souza Lima, 253, apto 303/10, Jardim Marajoara, São Paulo (SP), Brasil – CEP: 04664-020. E-mail: fatimalico@gmail.com

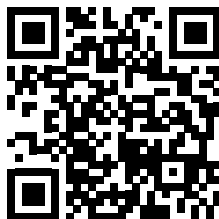
Daniele Pompei Sacardo. Doutora em Saúde Pública pela FSP-USP. Docente no Departamento de Saúde Coletiva na Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp e pesquisadora do Cepedoc Cidades Saudáveis. Plataforma Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9665852222439540>; ORCID: 0000-0002-2688-1905. Endereço: Rua Jasmim, 850. apto. 232, Chácara Primavera, Campinas (SP), Brasil – CEP: 13087-460. E-mail: dsacardo@unicamp.br

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho. Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), Tecnologista em C&T do Instituto Nacional de Câncer do Ministério da Saúde, Rio de Janeiro-RJ, Brasil. Plataforma Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6039891504056310>; ORCID: 0000-0003-2979-6359. Endereço: Rua Marquês de Pombal, 125, 5º andar, Rio de Janeiro (RJ), Brasil – CEP 20230-240. E-mail: fabiofbcarvalho@gmail.com.

Camila Cristina Barbosa dos Santos. Dentista Sanitarista pela FMUSP. Atua como cirurgiã-dentista em Estratégia Saúde da Família na Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia e participa de projetos no Cepedoc Cidades Saudáveis. Plataforma Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1943690191629512>; ORCID: 0000-0002-2246-3781. Endereço: Rua Uruaçu, 52. Jardim Dall’Orto, Sumaré (SP), Brasil – CEP: 13178-061. E-mail: cmilacbs@gmail.com

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



A COMUNICAÇÃO COMO DETERMINANTE SOCIAL DA SAÚDE: O CASO DOS GUIAS DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO PNS 2030 – PORTUGAL

*La communication en tant que déterminant social de la santé: le cas des guides de
communication sur la santé dans le PNS 2030 – Portugal*

*Communication as a social determinant of health: the case of the Health
Communication Guides in the PNS 2030 – Portugal*

Ana Duarte Melo
Sara Balonas
Teresa Ruão
Manuela Mendonça Felício

Resumo

O capítulo apresenta os resultados de um trabalho no domínio da Comunicação Estratégica em Saúde, concebido para a Direção de Geral da Saúde de Portugal – no âmbito do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2030 – e materializado em dois Guias de Comunicação em Saúde. Desenvolvido por uma equipe de investigadoras em Ciências da Comunicação, este projeto parte de uma das necessidades de comunicação identificadas no PNS: alavancar a capacidade de reconhecimento dos Determinantes Sociais da Saúde pelos cidadãos e sua influência na promoção da qualidade de vida das populações. Em concreto, o capítulo apresenta os Guias de Comunicação, procurando responder à seguinte questão de investigação: *como é que a Comunicação pode ser um determinante social de saúde?* Uma questão orientada pelos seguintes objetivos: 1) demonstrar o potencial da Comunicação aplicada à saúde pública, enquanto conjunto de práticas que influencia a qualidade de vida dos cidadãos, incluindo prevenção da doença, promoção da saúde, longevidade, bem-estar e relações saudáveis em comunidade; e 2) evidenciar que a comunicação em saúde enfocada na mudança social pressupõe a participação de cidadãos, profissionais, organizações e comunidades para maior controle sobre os determinantes de saúde e doença, olhando para cada pessoa como agente de saúde pública, promovendo sociedades mais atuantes e resilientes.

Palavras-chave: comunicação em saúde; comunicação estratégica em saúde; Determinantes Sociais da Saúde; estratégias de comunicação.

Résumé

Ce chapitre présente les résultats d'un travail dans le domaine de la Communication Stratégique en Santé, conçue pour la Direction Générale de la Santé au Portugal – dans le cadre du Plan National de Santé 2030 – et matérialisé par deux Guides de Communication en Santé. Réalisé par une équipe de chercheurs en Sciences de la Communication, ce projet est basé sur un des besoins de communication identifiée dans le PNS: renforcer la capacité des citoyens à reconnaître les Déterminants Sociaux de la Santé et leur influence sur la promotion de la qualité de vie des personnes. Plus précisément, le chapitre présente les Guides de Communication, cherchant à répondre à la question de recherche suivante: *comment la Communication peut-elle être un déterminant social de la santé ?* Cette question est guidée par les objectifs suivants: (1) démontrer le potentiel de la communication appliquée à la santé publique, en tant qu'ensemble de pratiques qui influencent la qualité de vie des citoyens, y compris la prévention des maladies, la promotion de la santé, la longévité, le bien-être et les relations communautaires saines; et (2) montrer que la communication sur la santé axée sur le changement social présuppose la parti-

cipation des citoyens, des professionnels, des organisations et des communautés afin d'acquérir un plus grand contrôle sur les déterminants de la santé et de la maladie, en considérant chaque personne comme agent de santé publique, promouvant ainsi des sociétés plus actives et plus résilientes.

Mots-clés: Communication sur la Santé, Communication Stratégique sur la Santé, Déterminants Sociaux de la Santé, Stratégies de Communication

Abstract

This chapter presents the results of a work in the field Strategic Health Communication conceived for the Directorate-General for Health in Portugal – within the scope of the National Health Plan 2030 – and materialised in two Health Communication Guides. Carried out by a team of researchers in Communication Sciences, this project is based on one of the communication needs identified in the PNS: to leverage citizens' ability to recognise the Social Determinants of Health and their influence on promoting people's quality of life. Specifically, the chapter presents the Communication Guides, seeking to answer the following research question: *how can Communication be a social determinant of health?* This question is guided by the following objectives: (1) to demonstrate the potential of communication applied to public health, as a set of practices that influence citizens' quality of life, including disease prevention, health promotion, longevity, well-being and healthy community relations; and (2) to show that health communication focused on social change requires the participation of citizens, professionals, organisations and communities for greater control over the determinants of health and disease, looking at each person as a public health agent, promoting more active and resilient societies.

Keywords: Health Communication, Strategic Health Communication, Social Determinants of Health, Communication Strategies

1. Introdução

Em 2019, a Direção-Geral da Saúde (DGS) de Portugal lançou uma consulta pública com o propósito de escolher um parceiro para a conceção de um plano de comunicação estratégica destinado a apoiar o processo de construção e implementação do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2030. Uma equipe do Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade (CECS) da Universidade do Minho respondeu à chamada e iniciou um longo período de colaboração com a equipe da DGS, encarregada de desenvolver o PNS 2030. Desse trabalho colaborativo, resultou a produção de dois guias de boas práticas de Comunicação em Saúde, cujos propósitos, conteúdos e desafios discutimos nas próximas páginas.

O PNS 2030 constituiu um plano estratégico em saúde, de base populacional, que, partindo de um diagnóstico de situação de saúde, identifica problemas e necessidades de saúde na população portuguesa – tais como o crescente envelhecimento da população, a epidemia das doenças não transmissíveis, as iniquidades em saúde ou as emergências em saúde pública – e faz recomendações para uma abordagem de saúde sustentável. Esse Plano aponta, assim, caminhos de futuro para enfrentar os problemas e as necessidades de saúde encontrados em Portugal, mas tendo sempre como pano de fundo a intenção de confluir na implementação dos ODS e da Saúde da ONU, tendo como referência temporal para a produção de resultados o ano de 2030.

Ora, uma das dimensões considerada no PNS é a importância de alavancar a capacidade de reconhecimento dos DSS pelas pessoas e pela sociedade organizada e não organizada e o papel que isso desempenha na promoção da qualidade de vida das populações. Trata-se de um entendimento reafirmado em estudos nacionais e internacionais^{1,2} que alertam para a importância da comunicação em saúde pública, nomeadamente no que se refere à partilha de informação sobre DSS e à promoção do envolvimento das comunidades nas questões de saúde pública. Este é também um tema trabalhado pela OMS, que tem defendido que uma comunicação eficaz dos temas da saúde aumenta a literacia das comunidades e funciona como catalisador de ações que melhoram significativamente a saúde das populações, sobretudo, de grupos vulneráveis e/ou socialmente desfavorecidos. Assim, a Comunicação parece constituir em si um determinante social de saúde, enquanto desempenha um relevante papel na tomada de consciência pública sobre outros DSS.

Essa tomada de consciência tem evoluído para uma crescente importância da natureza social dos DSS, com a valorização social de certas atitudes e comportamentos dos cidadãos em matéria de saúde, quando considerados individualmente ou em grupo, podendo contribuir para uma melhoria generalizada da saúde pública³. Por outro lado, segundo nos mostram estudos na área, as perspectivas políticas e sociais das pessoas influenciam a forma como reagem a afirmações que relacionam a saúde com fatores ambientais, mas também sociais, como o rendimento, a educação, a proteção social e outros. Conseguir essa consciencialização coletiva não é tarefa fácil, particularmente em sociedades sobrepovoadas de estímulos informativos e comunicacionais.

Esse desafio, tão socialmente relevante, parece então convocar a uma parceria do campo da Saúde com a área das Ciências da Comunicação, ou com o subcampo da Comunicação Estratégica em particular. De fato, desenvolver uma estratégia de comunicação eficaz requer um saber especializado e capaz de identi-

ficar soluções para alcançar e mobilizar vários grupos de cidadãos, de enquadrar as mensagens de acordo com os seus níveis de literacia e áreas de interesse, bem como uma apreciação do contexto político em que as propostas de mudança social terão lugar.

Como nos ensinam os estudos sobre a Comunicação para a Mudança Social, o reconhecimento dos DSS e a aceitação da necessidade de mudança são processos dinâmicos e iterativos, que combinam o diálogo comunitário e a ação coletiva para a mudança social, a fim de melhorar a saúde e o bem-estar da comunidade. Tais processos implicam, pois, combinar técnicas de comunicação que despertam o interesse dos públicos com estratégias que estimulem competências participativas no desenvolvimento comunitário. Espera-se, assim, um trabalho em rede e de convergência entre os profissionais de Saúde e os profissionais de Comunicação.

Foi, portanto, esse desafio de rede e convergência que a equipe do PNS colocou ao grupo do CECS e que, do ponto de vista prático, passava por incluir no plano estratégico em saúde orientações sobre o papel da Comunicação, e da Comunicação Estratégica em particular, no alcance de mais e melhor saúde (sustentável) em Portugal. Outrossim, na sequência desse trabalho, o próprio grupo da Comunicação decidiu sugerir a inclusão, ainda, de dois Guias de Comunicação em Saúde – um dedicado às *boas práticas* e outro destinado à partilha do conhecimento em *áreas especializadas*.

Este capítulo pretende, precisamente, descrever e analisar o caso dos guias de Comunicação produzidos para o PNS2030 em Portugal, procurando responder a uma inquietação de investigação: *como é que a Comunicação pode ser um determinante social de saúde?* Assumindo esse ponto de partida, o trabalho foi conduzido com os seguintes objetivos: 1) demonstrar o potencial da Comunicação aplicada à saúde pública, enquanto conjunto de práticas que influenciam a qualidade de vida dos cidadãos, incluindo a prevenção da doença, a promoção da saúde, da longevidade, do bem-estar e das relações saudáveis em comunidade; e 2) evidenciar que a comunicação em saúde enfocada na mudança social pressupõe a participação de cidadãos, profissionais, organizações e comunidades para maior controle sobre os determinantes de saúde e doença, olhando para cada pessoa como agente de saúde pública (tal como exprime a assinatura da DGS: “de todos para todos”) e promovendo, desse modo, sociedades mais atuantes e resilientes. Em última análise, o capítulo pretende sensibilizar para a importância da implementação de boas práticas de Comunicação em Saúde, sustentadas em conhecimento científico e aplicação prática, abordando as áreas de comunicação genéricas e específicas que concorrem para tal desígnio.

2. Desenvolvimento

2.1 A comunicação estratégica em saúde

Segundo Schiavo⁴, a comunicação em saúde é um campo multifacetado e multidisciplinar de investigação e profissionalização, que procura perceber como podemos interagir com diferentes grupos com vista a uma troca de informações, ideias e métodos em matéria de saúde, a fim de influenciar, envolver, capacitar e apoiar indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, pacientes, decisores políticos, organizações, grupos especiais e o público geral, para que defendam, introduzam, adotem ou sustentem um comportamento, uma prática ou uma política de saúde ou social que, em última análise, melhore os resultados individuais, comunitários e de saúde pública. A comunicação constitui, assim, uma atividade humana que é vital para a saúde e para o desenvolvimento do ser humano, dada a centralidade das atividades de comunicação no processo de capacitar as comunidades para a compreensão dos temas da saúde, para a discussão de ideias, para a inovação, para a negociação e para o envolvimento em debates públicos, em nível comunitário, nacional e internacional⁵.

No contexto dos estudos e práticas de Ciências da Comunicação aplicadas à saúde, cabe destacar o papel primordial da Comunicação Estratégica nos processos de capacitação e empoderamento das comunidades em matéria de saúde, educação, segurança, práticas de subsistência, sobrevivência e proteção e várias outras questões de qualidade de vida, incluindo o controle de doenças⁶. Entendemos a Comunicação Estratégica na linha de Hallahan et al.⁷, como aquela que implica que as pessoas se envolvam em uma prática de comunicação deliberada em nome de organizações, causas e movimentos sociais, pelo que é seu propósito fazer crescer níveis de conhecimento dos públicos, mudar ou manter atitudes e influenciar os comportamentos em relação a questões, produtos ou serviços⁸.

Essa área de investigação em Comunicação aplicada à saúde centra-se principalmente na aplicação da teoria, dos conceitos e das estratégias de comunicação para melhorar os serviços de saúde pública e para promover uma melhor compreensão do funcionamento desses processos. As abordagens são numerosas e integram estudos que podem ir desde a forma como os indivíduos processam cognitivamente e emocionalmente as mensagens relacionadas com a saúde até à análise dos contextos sociais e culturais que influenciam a forma como as campanhas de saúde são implementadas. Na última década, afirmou-se, como linha de investigação no domínio da Comunicação Estratégica em Saúde, a análise do uso de meios de comunicação tecnológicos, incluindo um reconhecimento da importância crescente desses meios na promoção da participação direta dos cidadãos nos debates públicos sobre saúde, às vezes em tempo quase real⁹.

Trata-se de tendências nem sempre reconhecidas pelos Estados, que investem largamente em atividades de promoção da saúde e de sensibilização para a saúde usando modelos monolíneares e assentes no pressuposto da mera partilha da informação. Isso significa que se tem vindo a perpetuar a utilização dos meios de comunicação social como canais dominantes, em uma lógica de comunicação bidirecional, que não reconhece adequadamente o potencial dos meios de comunicação mais participativos e comunitários.

No entanto, com a evolução da investigação no domínio da Comunicação Estratégica, tornou-se claro que os membros do público não são hoje receptores passivos de informação e que os meios de comunicação social, por si sós, não permitem a mudança de percepções, atitudes e comportamentos, especialmente quando os resultados esperados envolvem práticas fundamentais de saúde e desenvolvimento, incluindo o reconhecimento de fatores de risco que integram as estratégias de controle de doenças ou pandemias. Em face das constatações dessa natureza, tornou-se claro que a abordagem comunicacional no domínio da saúde precisa de integrar o conhecimento de diversas áreas de especialidade para aumentar a sua eficácia.

Nesse quadro, entende-se que é preciso que se produza uma “viragem estratégica”^{9(p. 34)} na Comunicação em Saúde, nomeadamente aquela que é levada a cabo por agentes públicos. Trata-se de um entendimento que defende a necessidade de usar a comunicação de forma estratégica e direcionada, incluindo o desenvolvimento de uma atenção particular às questões linguísticas, de design ou de uso dos meios. Essa viragem estratégica tem raízes nos escritos de Platão e Aristóteles, mas afirmou-se no mundo empresarial após a Segunda Guerra Mundial e na sequência das experiências realizadas com as técnicas de propaganda política. Desde então, a abordagem estratégica tem sido aplicada a muitos outros setores de atividade da comunicação, como o público ou governamental, o não governamental, o financeiro, o cultural ou o da saúde, ao longo dos tempos. Essa perspectiva advoga a relevância de olhar toda a comunicação produzida por agentes públicos ou privados de modo estratégico, seguindo o entendimento seminal dos teóricos das Ciências da Comunicação que defendem que, em essência, toda a comunicação humana é inevitavelmente estratégica¹⁰.

O domínio da Comunicação Estratégica realça, então, a importância de definir estratégias para melhorar o desempenho da comunicação. A literatura sobre o conceito de “estratégia de comunicação” diz que se trata de uma abordagem funcional que fornece enfoque e direção à função de comunicação¹¹. Dessa forma, a estratégia é o elemento crítico que faz a ponte entre a análise da situação e a implementação de programas de comunicação. Além disso, surge como “o resultado de um processo de pensamento es-

tratágico por parte de comunicadores seniores e gestores de topo que tomam decisões estratégicas no que diz respeito à identificação, gestão e comunicação com stakeholders estratégicos”^{11(p. 168)}. Na verdade, a eficácia das campanhas de comunicação depende de inúmeros fatores, determinantes e condições, mas um dos requisitos mais importantes para criar campanhas eficazes é o processo de desenvolvimento estratégico¹². Isso é algo que deveria priorizado pelos agentes de saúde pública, nomeadamente quando procuram atuar ao nível dos DSS.

2.2 Pode a comunicação ser um determinante social de saúde?

O conceito de DSS centra-se na ideia genérica de uma estreita relação entre as condições de vida e de trabalho e o estado de saúde de indivíduos, grupos ou populações¹³⁻¹⁵. A OMS define DSS como

[...] fatores não-médicos que influenciam os resultados de saúde. São as condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem e o conjunto de forças e sistemas que moldam as condições da sua vida quotidiana. Estas forças e sistemas incluem políticas e sistemas económicos, agendas de desenvolvimento, normas sociais, políticas sociais e sistemas políticos^{16(s.p.)}.

Variando entre definições mais específicas, podemos apontar a da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde do Brasil: “[...] os DSS são os fatores sociais, económicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”^{13(p.78)}. O PNS 2030 de Portugal define os determinantes de saúde como “fatores que contribuem para o estado atual da saúde de uma pessoa ou população, pelo aumento ou redução da probabilidade de ocorrência de doença ou de morte prematura e evitável”^{15(s.p.)}, identificando e classificando diferentes tipos de DSS: ambientais, biológicos, comportamentais, demográficos-sociais, económicos, e relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde, predeterminando uma série de problemas de saúde. Contudo, esse documento estratégico sublinha também que os determinantes de saúde não são estanques, pelo contrário, “a evidência mostra que cada vez mais os diferentes tipos de determinantes de saúde interagem entre si, formando uma rede intrincada e complexa de relações e influência”^{15(s.p.)}.

O consenso sobre os DSS e a sua operacionalidade enquanto conceito foram evoluindo ao longo do tempo e têm sido, portanto, de alguma forma, influenciados e vindo a influenciar as condições de produção científica e o conhecimento informado, aquilo que Nancy Krieger refere como “produção social do conhecimento científico”^{17(p. 698)}.

O conceito de DSS acompanha o percurso de transição do paradigma positivista para o médico-social¹⁸ e está intrinsecamente ligado ao do processo saúde-doença e do

próprio estabelecimento da saúde pública enquanto área de conhecimento, marcado por tensões – medicina clínica vs saúde pública ou foco biológico vs foco social – e pela crescente introdução de dimensões contextuais complexas como ecologia social ou capital social¹³. Esse é o paradigma contemporâneo também plasmado no PNS 2030 que assume o alinhamento de um compromisso social, orientando a ação sobre os determinantes de saúde, incluindo os DSS, de forma concertada e alinhada com os pilares do desenvolvimento sustentável,

[...] investindo sobretudo na promoção da saúde e na prevenção da doença, para o alcance de mais e melhor saúde e bem-estar em todo o ciclo de vida de forma sustentável, sem deixar ninguém para trás, preservando o planeta e sem comprometer a saúde das gerações futuras^{15(s.p.)}.

Foi neste contexto que emergiu o debate à volta da questão: pode a comunicação ser um determinante social de saúde? A literatura sugere que sim e sublinha o potencial transversal e transformador da comunicação.

O potencial papel da comunicação na alteração do eixo determinístico dos DSS está presente no Glossário para a Epidemiologia Social¹⁷, no qual a autora propõe uma série de definições centrais para o enquadramento dos estudos epidemiológicos. Fica expressa uma distinção entre o paradigma de “expressões biológicas de desigualdade social”^{17(p. 693)}, associado a um certo determinismo, e a definição de DSS como fatores condicionantes, mas não necessariamente fatalistas, sendo que a comunicação, a partilha de informação, pode induzir e instruir ações e comportamentos e, assim, alterar condições de predeterminação social¹⁷.

De fato, a linha contemporânea de intervenções em saúde pública mais enfocada nas pessoas, com uma abordagem participativa, centrada no envolvimento dos cidadãos e na mobilização das comunidades^{4,14}, estabelece um cenário propício à valorização da comunicação, também por via dos avanços tecnológicos e da alteração da forma como nos ligamos uns aos outros, nomeadamente enquanto “capacitadora dos diferentes públicos-alvo”^{1(p. 52)} para fazerem escolhas conscientes.

Sublinhe-se que a pandemia da covid 19 pôs em evidência o papel estruturante e determinante da comunicação, expondo falhas sistêmicas e persistentes, por um lado, mas reforçando a sua centralidade e potencial, sobretudo a comunicação de risco e de crise, porventura de forma ainda mais nítida nos países em desenvolvimento¹⁹. Entretanto, essa tendência já se desenhava antes. Kontos et al.²⁰ defendem que a comunicação desempenha um papel central na promoção de comportamentos preventivos e na influência das relações entre prestadores de saúde e pacientes, pelo que desigualdades de comunicação entre diferentes grupos podem levar a iniquidades nos resultados de saúde e mesmo na capacidade de resposta em situações de emergência e risco de saúde.

de^{21,22}. Lin et al.²¹ sublinham que a confiança na fonte de informação e nas instituições públicas, os níveis de preocupação e conhecimento sobre a doença, rotinas de exposição mediática e comportamentos de procura de informação têm influência na predisposição para cumprir recomendações de prevenção, pelo que essas dimensões devem ser tidas em conta nas estratégias comunicacionais de saúde pública. Viswanath et al.²³ enfatizam as quatro funções dos *mass media* particularmente úteis para a comunicação de saúde pública: informativa, instrumental, de controle social e comunitária. Ademais, vários outros autores sublinham o potencial da comunicação para melhorar as disparidades e as iniquidades em saúde²⁴⁻²⁶, nomeadamente a comunicação comunitária e participativa, pela sua capacidade agregadora e de dar expressão a vozes habitualmente silenciadas²⁷ e contribuir para o processo de construção de confiança²⁸.

Vários estudos recentes sugerem que a ligação entre os DSS e as disparidades de resultados de saúde pode ser rastreada e associada às disparidades de informação e comunicação, tendo mesmo desenvolvido modelos, entre eles, o Modelo de Influência Estrutural (Structural Influence Model – SIM), que parte do princípio de que a comunicação é o fio crucial que liga os DSS aos resultados de saúde. Häfliger et al.²¹ sintetizam os estudos anteriores em uma proposta de modelo conceptual que articula DSS, *inputs* e *outputs* de comunicação e resultados de saúde.

Para Goulbourne e Yanovitzky², a infraestrutura de comunicação – os canais mediados e interpessoais estabelecidos, desde as notícias e redes sociais até às campanhas de comunicação e publicidade, passando por redes formais e informais de envolvimento da comunidade, entre outros – não só pode como deve ser entendida como um DSS. Os autores demonstram como a falta de acesso a informação de saúde credível de determinadas minorias, nomeadamente devido à iliteracia digital, afeta o seu estado de saúde e aumenta a sua vulnerabilidade à desinformação ou à informação falsa. Paralelamente, comprovam que grupos sociais e comunidades com uma infraestrutura de comunicação robusta estão mais equipados e preparados para lidar com fatores de estresse e crise na saúde.

As desigualdades em informação e comunicação, portanto, afetam os resultados em saúde e podem resultar de uma falta de alinhamento entre as necessidades de comunicação e uma oferta comunicacional adequada a essas mesmas necessidades, de um acesso desigual às infraestruturas de informação e comunicação ou de um acesso a Infraestruturas de Informação e Comunicação (I&C) desadequadas às necessidades de comunicação existentes. A comunicação em saúde pode influenciar negativa ou positivamente os resultados de saúde de uma determinada população ou grupo da população, potenciando, atenuando ou contrariando o gradiente social existente².

Em suma, a evolução do conceito de DSS e a sua operacionalização na prática foram incorporando a comunicação como um dos fatores de estruturantes das condições de saúde, sendo hoje ela própria tida em conta como um DSS.

2.3 Os guias de comunicação em saúde do PNS 2030

Tal como referido no início do capítulo, foi desenvolvido um trabalho colaborativo entre a equipe do PNS e um grupo de investigação do CECS da Universidade do Minho, no pressuposto de que a comunicação em saúde voltada à mudança social promove a participação de cidadãos, profissionais, organizações e comunidades para maior controlo sobre os determinantes de saúde e doença, olhando para cada um como um agente de saúde pública – de tod@s para tod@s – e promovendo, desse modo, sociedades mais atuantes e resilientes.

Como resultado dessas e de outras premissas, o PNS 2030¹⁴ tornou-se no primeiro a incluir a Comunicação como tema relevante desde que os planos de âmbito nacional foram estabelecidos em 2004^{30,31}, consagrando um capítulo específico à comunicação¹⁴. Salienta-se, contudo, que a necessidade quanto à integração da comunicação como determinante social de saúde já vinha sendo implicitamente referida em anteriores PNS, nomeadamente no de 2012-2016³², que identificava na sua visão questões relacionadas com a comunicação, no que se refere à formação dos cidadãos para melhorar a literacia em saúde ou à importância da formação de profissionais competentes em comunicação, relacionamento e educação. O documento de 2016, revisto e estendido a 2020³³, foi mais longe, recomendando o reforço das estratégias de comunicação e de marketing social para promover a implementação de políticas saudáveis, a revisão e a aprovação de um Plano de Comunicação e um esforço contínuo de comunicação desenhado para o efeito. Culminando esse processo, o PNS 2030¹⁴ consolida essa tendência de valorização da comunicação, integrando-a como uma das suas componentes transversais.

Por que integrar a comunicação no Plano Nacional de Saúde 2030?

O PNS 2030 parte de um modelo de planeamento estratégico em saúde de base populacional,

[...] de natureza trans e multisectorial, e multinível, tendo por principais componentes o diagnóstico de situação de saúde, objetivos de saúde, estratégias de intervenção, recomendações para a implementação, um plano de monitorização e avaliação e um plano de comunicação^{14(p. 22)}.

A comunicação torna-se, desse modo, parte integrante de um processo que tem como expectativa ser capaz de envolver as partes interessadas e a comunidade no seu próprio processo de construção e implementação, propondo um contrato social de compromisso entre todas as partes interessadas.

Na base da integração da comunicação – e da comunicação estratégica em particular – no PNS 2030, destacam-se as seguintes premissas: 1) a assunção da comunicação como uma dimensão estratégica do PNS, reforçada pela avaliação do plano anterior; 2) a necessidade diagnosticada quanto à formação de competências comunicacionais dos profissionais de saúde pública; 3) a inexistência de uma plataforma agregadora de conhecimento sobre comunicação em saúde pública desenvolvida em língua portuguesa; e 4) o carácter cocriativo, coconstrutivo e participativo do PNS 2030 enquanto processo que implica o envolvimento da comunidade na promoção da saúde, sintetizado no mote “Saúde sustentável – de tod@s para tod@s.”

Os desafios para a comunicação

Como referido, o PNS 2030 inclui um capítulo inédito – o Capítulo 10¹⁴. Em concreto, o capítulo apresenta um conjunto de orientações ancorado nos princípios do campo da Comunicação Estratégica aplicada à saúde, permitindo compreender como, no terreno e em situações concretas de saúde pública, pode-se conceber e implementar planos de comunicação orientados para resultados efetivos.

No entanto, ao longo do processo de reflexão quanto ao contributo do campo da comunicação para os objetivos do PNS 2030, a equipe de investigação entendeu ser necessário convocar o conhecimento específico de subáreas da comunicação, analisar o seu papel na comunicação em saúde e criar conteúdos que respondessem a uma multiplicidade de desafios, decorrentes de contextos muitos concretos e até imprevisíveis, disponibilizando “caixas de ferramentas”. Assim, propôs a criação de conteúdos que colocassem saberes específicos do campo das Ciências da Comunicação ao serviço da saúde pública, materializados em dois Guias de Comunicação em Saúde – um dedicado às boas práticas (mais genérico) e outro, às áreas especializadas.

A Construção dos Guias de Boas Práticas de Comunicação em Saúde

O processo de construção dos guias de comunicação em saúde iniciou-se com o levantamento do estado da arte e a identificação de práticas ou preocupações de integração da comunicação em nível nacional e internacional. Nesse processo, identificaram-se como prevaletentes as seguintes características: 1) preocupações de comunicação amplas em detrimento de uma abordagem mais direcionada para desafios

e contextos específicos; 2) pouco incentivo ao envolvimento da comunidade e de outras partes interessadas importantes em um mapeamento colaborativo das necessidades de comunicação mais proeminentes; 3) diretrizes com a intenção de capacitar os profissionais de saúde de um ponto de vista organizacional em estreita ligação com uma determinada instituição, mas não em relação às preocupações nacionais de saúde; e 4) falta de diretrizes gerais ou específicas em comunicação em saúde pública escritas em português.

Adicionalmente, a partir de várias leituras³⁴⁻⁴¹, foi construída uma grelha de *benchmarking* – contendo os temas relevantes/frequentes, configurações estratégicas e dimensões táticas – que sistematiza as tendências atuais ao nível dos conteúdos e da forma como são comunicados. As conclusões desse *benchmarking* e diagnóstico, os dados recolhidos nos questionários realizados no âmbito do programa nacional de formação em comunicação – Planeamento Subnacional para a Saúde Sustentável⁴² –, assim como as preocupações apontadas pela equipe do PNS/DGS, moldaram os pressupostos para a criação dos guias, entendidos como ferramentas de apoio efetivo à concretização dos objetivos do PNS 2030, a seguir apresentados.

Os guias de comunicação em saúde: principais características

Os dois guias (figura 1) combinam orientações operacionais claras com estudos de caso aprofundados, discussões teóricas com considerações práticas, temas de comunicação emergentes com domínios de conhecimento especializados.

Figura 1. Capas dos Guias de Comunicação do Plano Nacional de saúde Português



Fonte: <https://pns.dgs.pt/comunicar/guias-de-comunicacao/>

Além disso, os guias são concebidos como uma ferramenta “prática”, disponível em formato digital, para que os profissionais de saúde e outras partes interessadas possam facilmente encontrar orientações^{43,44}. Ao adotar um estilo de escrita acessível, com explicações passo a passo e acesso rápido a conteúdos específicos por meio de hiperligações, os guias pretendem ser uma ferramenta de fácil utilização.

Primeiro volume: Guia de Boas Práticas de Comunicação em Saúde

O Guia de Boas Práticas de Comunicação em Saúde é, em certo sentido, a asunção da centralidade da comunicação nos processos de mudança social. De fato, a Comunicação desempenha um papel fundamental na criação de estratégias capazes de formar a opinião pública e desenvolver a literacia, informando e influenciando as atitudes e comportamentos dos cidadãos^{4,45}, envolvendo as comunidades e sensibilizando-as para a noção de uma responsabilidade partilhada com a sociedade que visa maximizar os ganhos em saúde, garantindo a equidade, a qualidade e a sustentabilidade do sistema de saúde.

Em concreto, o Guia de Boas Práticas de Comunicação em Saúde é concebido com base em três premissas: 1) apoiar o lema do PNS – “Saúde Sustentável para Tod@s por Tod@s”, com o contributo da “Comunicação de Tod@s para Tod@s”, enquanto processo colaborativo e cocriativo; 2) alinhar a Comunicação em Saúde com os ODS, nomeadamente os objetivos nºs 3, 10 e 17; e 3) capacitar os profissionais de saúde enquanto agentes de comunicação, dada a sua proximidade e influência em diferentes públicos.

O conteúdo do Guia de Boas Práticas de Comunicação em Saúde fornece a base das necessidades de comunicação do PNS 2030, oferecendo diretrizes operacionais. O seu principal objetivo passa por capacitar os profissionais de saúde e outros atores para uma comunicação estratégica, eficiente e precisa. Além disso, é útil para a implementação dos Planos Locais de Saúde, fornecendo apoio no planeamento dos seus planos estratégicos de comunicação. Abrange orientações práticas sobre como desenvolver diferentes aspectos da comunicação: conceitos de comunicação, criação de mensagens-chave, identificação de públicos-alvo, desenvolvimento de um plano de comunicação estratégico e execução de ações.

O guia está estruturado em seis capítulos: Comunicação Estratégica em Saúde; A comunicação do PNS 2030; Como fazer um plano de comunicação estratégica; Como desenvolver conceitos e materiais; Como implementar planos de comunicação; e, finalmente, Como avaliar a eficácia dos planos de comunicação.

Segundo volume: Guia de Comunicação em Saúde – Áreas de Especialização

A criação de um segundo volume baseia-se no entendimento de que as estratégias de comunicação em saúde devem responder a um vasto leque de intervenções. Tais necessidades são inerentes à natureza multidimensional da saúde, tais como: a intervenção em contextos específicos de prestação de cuidados de saúde⁴⁶; o desenvolvimento de competências comunicacionais dos profissionais de saúde^{47,48}; a promoção da literacia em saúde, identificada como um determinante social de saúde⁴⁹; o desenvolvimento de estratégias de capacitação, interação e comunicação com os cidadãos⁴¹; a adoção de estratégias digitais e telemáticas⁵⁰; ou a utilização de práticas de comunicação de risco em emergências de saúde pública³⁹, para citar algumas.

Adicionalmente, esse segundo volume resulta de uma extensa revisão bibliográfica, bem como do trabalho de equipe com a DGS, convocando áreas de especialização, tais como: comunicação organizacional; comunicação comunitária; comunicação participativa; comunicação para a mudança de comportamentos; comunicação de risco e crise; e relações com a mídia. Todos os capítulos estão estruturados de forma semelhante, apresentando a definição da área, princípios, implementação, exemplos e referências.

O capítulo sobre comunicação organizacional centra-se no contributo que essa área acrescenta à implementação do PNS em dois níveis: 1) fomentar o sentido de compromisso e responsabilização dos públicos internos na tomada de decisão; 2) impactar os públicos externos, com objetivos informativos e de envolvimento, por intermédio de uma comunicação clara, atempada, rigorosa e responsável. O capítulo destaca a importância do alinhamento dos membros das instituições com os seus objetivos estratégicos, bem como a relação entre os profissionais de saúde e a qualidade ou a satisfação no trabalho. Refere ainda o princípio da partilha de informação credível e fiável com a população para sensibilizar o público para as situações de doença, saúde e bem-estar. O bom desempenho dessas funções conduz à participação dos profissionais de saúde no cumprimento da missão das organizações e a uma maior capacitação dos cidadãos para tomarem decisões informadas em matéria de prevenção e tratamento, reduzindo as desigualdades.

O capítulo sobre comunicação comunitária destaca a importância do envolvimento e da mobilização da comunidade em promoção, prevenção e implementação de programas de saúde, nomeadamente, de saúde pública. Nesse sentido, a comunicação comunitária constitui um conjunto de modelos, técnicas e práticas que colaboram para esse propósito⁵¹. Em contraste com a comunicação organizacional, a comunicação comunitária apela a uma abordagem *bottom-up*, focalizada no papel central e participativo do cidadão comum e dos líderes locais, não só na procura de soluções, mas também no

seu potencial ativador do envolvimento multissetorial de outros níveis da sociedade e da comunidade. Nessa perspectiva, a mobilização e a ativação comunitárias pretendem tornar-se uma mobilização social alargada. O capítulo propõe a abordagem a seguir no terreno, chamando a atenção para a importância da análise prévia do contexto.

A comunicação participativa – o capítulo seguinte – centra-se na importância do envolvimento e valorização das populações e comunidades na identificação de problemas e oportunidades e na cocriação e coimplementação de soluções e estratégias sustentadas no tempo. Embora a autodeterminação das pessoas sobre os processos de saúde esteja implícita na Carta de Ottawa e seja uma condição da literacia em saúde⁴¹, a inclusão de práticas participativas é ainda um processo em evolução, dependente dos promotores de saúde, mas também da capacitação dos potenciais participantes e da implementação de uma cultura participativa. Assim, a inclusão dessa área de especialização pretende ser um estímulo para fomentar novas práticas na comunicação em saúde. O capítulo apresenta vantagens e desafios, bem como exemplos de metodologias possíveis.

O capítulo sobre a comunicação para a mudança comportamental centra-se na importância da consciencialização de cada indivíduo como ator de saúde pública e na comunicação como agente de mudança de atitudes e comportamentos. Nesse sentido, esse capítulo olha para o indivíduo e para a forma como a comunicação deve ser operacionalizada, otimizando a sua capacidade de influência. Mais concretamente, a comunicação para a alteração comportamental pressupõe um planeamento de comunicação direcionado para a forma como as mensagens são criadas e percecionadas, recorrendo a técnicas de influência positiva baseadas no estabelecimento de objetivos comportamentais predefinidos, obtidos por meio do conhecimento sobre os públicos. Essa subárea da comunicação assenta nas seguintes premissas: 1) compreender previamente o estágio de cada público em relação ao comportamento a ser proposto (o que pensam sobre o assunto); 2) identificar o custo-benefício da adoção do comportamento desejado para o indivíduo; 3) estabelecer metas comportamentais.

Em suma, o capítulo destaca a contribuição dos estudos de receção e das ciências do comportamento para a definição do tom e do conteúdo das mensagens, bem como das técnicas e dos canais de comunicação. Propõe igualmente diretrizes de aplicação.

No capítulo sobre comunicação de riscos e crises, discute-se como a comunicação pode ajudar a resolver contextos de ameaça à saúde pública – as chamadas crises –, alinhando interesses individuais e coletivos. Esse é um domínio da comunicação de particular importância na implementação do PNS uma vez que esse documento estratégico é capaz de identificar áreas de risco para a saúde pública, que devem ser trabalhadas nas dimensões da prevenção e da gestão.

As sociedades enfrentam cenários de crise com muita frequência, mas as crises de saúde parecem representar ameaças que desestabilizam muito as comunidades e causam sofrimento individual ou coletivo. No entanto, os estudos mostram que as crises na saúde, tal como em outros setores de atividade, podem ser geridas. Nesse sentido, o capítulo apresenta as fases em que as crises podem ocorrer e as respostas correspondentes. Aborda também a questão da comunicação do risco – partindo do princípio de que certas crises podem ser evitadas ou atenuadas com procedimentos de prevenção e preparação. Nesses casos, trata-se de gestão do risco. A comunicação de crise entra em ação quando os riscos não são controlados e inclui esforços de comunicação estratégica para prevenir ou reparar percepções durante uma situação de emergência. Por conseguinte, o capítulo apresenta tipos de comunicação de crise, modelos e boas práticas a seguir.

O último domínio de comunicação apresentado no Guia refere-se à comunicação com os meios de comunicação social e é considerado estrutural para apoiar o PNS no seu objetivo de promover a literacia em saúde entre os prestadores de cuidados de saúde e os cidadãos. Em matéria de saúde, a baixa literacia está associada a elevadas taxas de hospitalização e a reduzidas práticas de prevenção. Por isso, tem sido apontada como vital para uma melhor utilização do sistema de saúde e para um controle geral do bem-estar da população⁵². Outrossim, nesse contexto, estudos mostram que as mídias são fontes de informação sobre saúde muito relevantes para as populações, e que a exposição à informação mediática aumenta o nível de literacia em saúde nas sociedades⁵³.

O capítulo centra-se no papel do assessor de imprensa das organizações de saúde ou dos seus porta-vozes nesse processo, mas, sobretudo, na importância das consultorias estratégicas de saúde. Trata-se de estratégias integradas em processos mais amplos de gestão da comunicação, com intervenções planeadas e calculadas nas mídias, encaradas como uma abordagem capaz de estimular uma presença continuada da organização ou do tema da saúde nas mídias, mas também competente para gerir o silêncio e a ausência, quando esse é o posicionamento recomendado. Com essas premissas, propõe-se um modelo de assessoria estratégica em saúde⁵⁴ que potencia os objetivos de informar, educar e persuadir, apoiando a missão das organizações de saúde.

3. Conclusões

Em face do exposto, podemos concluir que, conforme estabelece a literatura, embora os DSS tenham uma influência estruturante no estado saúde-doença, uma comunicação estruturada e adequada – transmitindo informação calibrada e de base científica

– tem potencial para alterar o *status quo*, empoderando e capacitando as pessoas para decisões conscientes que as motivem a alterar hábitos, comportamentos, atitudes e a construir opiniões informadas. Paralelamente, a comunicação constitui um elemento de fluxo agregador que estrutura, e porventura transforma, a relação entre os DSS e os resultados saúde-doença, constituindo-se como uma ferramenta operacional e estratégica, um poderoso aliado da saúde pública. Por outro lado, no contexto contemporâneo, a prevalência da conectividade, da globalização e da proliferação de informação sem garantias científicas e frequentemente com interesses estratégicos privados, que constituem a atual ecologia mediática, social e política, bem como a existência de diferentes níveis de literacia em saúde, coloca um desafio estrutural à comunicação em saúde, sobretudo relacionada com a confiança e o reconhecimento da autoridade da fonte.

Foi, pois, nesse quadro que o PNS 2030, resultante de um processo de construção e implementação marcadamente cocriativo e participativo, convocou o conhecimento científico e o reconhecimento do potencial transformador da Comunicação Estratégica. Os Guias de Comunicação, concebidos para responder à necessidade prática de capacitação para a comunicação, constituem uma ferramenta pensada para robustecer as estratégias e empoderar e motivar os *stakeholders* a pensarem e a praticarem melhor comunicação, começando pela tomada de consciência sobre a valorização do seu próprio contributo para os resultados na equação saúde-doença.

A comunicação em saúde precisa, assim, de ser mais estratégica e integradora no desenho de ações e campanhas, mais eficaz na conceção de mensagens, na definição de posicionamentos, na segmentação e na persuasão para a mudança comportamental. Dada a sua transversalidade e o seu papel mediador entre os restantes determinantes e os resultados em saúde, como explicitam vários modelos, deve ser tida em conta, ela própria, como um DSS nas políticas e nas práticas de saúde pública.

Espelhando o resultado de uma parceria bem-aventurada entre a academia e o Ministério da Saúde Português, os Guias de Comunicação foram apresentados publicamente a 11 de abril de 2023. Na cerimônia, a então Diretora da DGS, Graça Freitas, chegou mesmo a desafiar a Universidade do Minho a internacionalizar os dois guias, começando pela comunidade lusófona. Futuramente, passarão pela sua tradução para o inglês, em uma estratégia de internacionalização e de partilha aberta do conhecimento.

Referências

1. De Santiago I. A Comunicação em Saúde em tempos de Pandemia: que determinantes sociais? Aprender [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 20];42:50-59. Available from: <http://aprender.esep.pt/index.php/aprender/article/view/142/128>
2. Goulbourne T, Yanovitzky I. The Communication Infrastructure as a Social Determinant of Health: Implications for Health Policymaking and Practice. *Milbank Q.* 2021;99(1):24-40. doi: 10.1111/1468-0009.12496
3. Daghofer D. Communicating the Social Determinants of Health. Rossland: Wellspring Strategies; 2011.
4. Schiavo R. Health communication: From theory to practice. New York, NY: John Wiley & Sons; 2013.
5. Gupta D, Bansal K. Communication campaign for eradication of polio: An assessment of the programme in sub-urban clusters of NCT of Delhi. School of Journalism and New Media Studies (SOJNMS) (Reproduced: Journal: Media Map. 2014;4(1)31-3.6.
6. Gupta D, Jai PN, Yadav SJ. Strategic communication in health and development: concepts, applications and programming. *J Health Manag.* 2021;23(1):95-108.
7. Hallahan K, Holtzhausen D, Van Ruler B, Verčič D, Sriramesh K. Defining strategic communication. *Int J Strateg Commun.* 2007;1(1):3-35.
8. Holtzhausen D, Zerfass A. Strategic Communication: Opportunities and Challenges of the Research Area. In: Holtzhausen D, Zerfass A, editors. *The Routledge handbook of strategic communication.* New York, NY: Routledge; 2015. p. 3-17.
9. Torp SM. The strategic turn in communication science. In: Holtzhausen D, Zerfass A, editors. *The Routledge handbook of strategic communication.* New York, NY: Routledge; 2015. p. 35-53.
10. Ruão T, Silva SCM. Strategic science communication: the “flatten the curve” metaphor in covid-19 public risk messaging. In: Balonas S, Ruão T, Carrillo MV, editors. *Strategic communication in context: theoretical debates and applied research.* Braga: UMinho Editora/CECS; 2021. p. 176-211.
11. Steyn B. From strategy to corporate communication strategy: A conceptualisation. *J Commun Manag.* 2003;8(2):166-83.
12. Rossmann C. Strategic health communication. Theory and evidence-based campaign development. In: Holtzhausen D, Zerfass A, editors. *The Routledge handbook of strategic communication.* New York, NY: Routledge; 2015. p. 409-23.

13. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* [Internet]. 2007 [cited 2023 Dec 20];17(1):77-93. Available from: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=html>
14. Direção-Geral da Saúde Portuguesa. Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2022 [cited 2023 Dec 20]. Available from https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030_FINAL-para-Edicao.pdf
15. Direção-Geral da Saúde Portuguesa. Plano Nacional de Saúde 2030. Determinantes de Saúde. Lisboa: DGS; 2023 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://pns.dgs.pt/pns-em-acao/determinantes-de-saude/>
16. World Health Organization. Social Health Determinants [Internet]. WHO; 2023 [cited 2023 Dec 20]. Available from: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
17. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2001 [cited 2023 Dec 20];55(10):693-700. Available from: <https://jech.bmj.com/content/jech/55/10/693.full.pdf>
18. Garbois JA, Sodr  F, Dalbello-Araujo M. From the notion of social determination to one of social determinants of health. *Saúde Debate* [Internet]. 2017 [cited 2023 Dec 20];41(112):63-76. Available from: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n112/63-76/>
19. Ataguba OA, Ataguba JE. Social determinants of health: the role of effective communication in the COVID-19 pandemic in developing countries. *Glob Health Action*. 2020 Dec 31;13(1):1788263. doi: 10.1080/16549716.2020.1788263.
20. Kontos EZ, Bennett GG, Viswanath K. Barriers and facilitators to home computer and internet use among urban novice computer users of low socioeconomic position. *J Med Internet Res* [Internet]. 2007 [cited 2023 Dec 20];9(4):e31. Available from: <https://www.jmir.org/2007/4/e31/PDF>
21. Lin L, Savoia E, Agboola F, Viswanath K. What have we learned about communication inequalities during the H1N1 pandemic: a systematic review of the literature. *BMC Public Health* [Internet]. 2014 [cited 2023 Dec 20];14:484. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/484>
22. Savoia E, Lin L, Viswanath K. (2013) Communications in public health emergency preparedness: a systematic review of the literature. *Biosecur Bioterror*. 2013;11(3):170-84. doi: 10.1089/bsp.2013.0038
23. Viswanath K, Ramanadhan S, Kontos EZ. Mass Media. In: Galea S, editor. *Macrosocial determinants of population health* [Internet]. New York: Springer; 2007 [cited 2023 Dec 20]. p. 275-294. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-0-387-70812-6.pdf>

24. Hohl SD, Neuhouser ML, Thompson B. Re-orienting transdisciplinary research and community-based participatory research for health equity. *J Clin Transl Sci*. 2022;6(1):e22. doi: 10.1017/cts.2022.15
25. Wallerstein N. Engage for equity: advancing the fields of community-based participatory research and community-engaged research in community psychology and the social sciences. *Am J Community Psychol*. 2021;67(3-4):251-55. doi: 10.1002/ajcp.12530
26. Ward M, Schulz AJ, Israel BA, Rice K, Martenies SE, Markarian E. A conceptual framework for evaluating health equity promotion within community-based participatory research partnerships. *Eval Program Plann*. 2018;70:25-34. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2018.04.014.
27. Thompson B, Molina Y, Viswanath K, Warnecke R, Prelipl ML. Strategies to empower communities to reduce health disparities. *Health Aff (Project Hope)*. 2016;35(8), 1424-8. doi: 10.1377/hlthaff.2015.1364
28. Butler SM, Sheriff N. How poor communication exacerbates health inequities – and what to do about it [Internet]. Brookings, 2021 Feb 22 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://www.brookings.edu/articles/how-poor-communication-exacerbates-health-inequities-and-what-to-do-about-it/>
29. Häfliger C, Diviani N, Rubinelli S. Communication inequalities and health disparities among vulnerable groups during the COVID-19 pandemic – a scoping review of qualitative and quantitative evidence. *BMC Public Health*. 2023;23(1):428. doi: 10.1186/s12889-023-15295-6
30. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2004. 2 v. – Vol. I – Prioridades. 88 p. Available from: <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Vol1-Plano-Nacional-de-Saude-2004-2010-Prioridades.pdf>
31. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos, Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2004. 2 v. – Vol. II – Orientações estratégicas. 216 p. Available from: <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Vol2-Plano-nacional-de-saude-2004-2010.pdf>
32. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016: Versão Resumo [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2013 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/PNS-2012-2016-Versao-Resumo.pdf>
33. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020 [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020-1.pdf-1.pdf>

34. John Hopkins. School of Public Health. Center for Communication Programs. A Field Guide to Designing a Health Communication Strategy [Internet]. Baltimore: Population Communication Services; 2003 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <http://ccp.jhu.edu/documents/A%20Field%20Guide%20to%20Designing%20Health%20Comm%20Strategy.pdf>
35. Epstein RM, Street RL. Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering [Internet]. Bethesda, MD: National Cancer Institute, NIH Publication No. 07-6225; 2007 [cited 2023 Dec 20]. Available from: https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/pcc_monograph.pdf
36. National Health Service. Accessible information and communication policy [Internet]. Leeds: Patient and Public Participation and Insight Group NHS England; 2016 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/11/nhse-access-info-comms-policy.pdf>
37. National Health Service. Health and wellbeing communications guide – How to effectively communicate your health and wellbeing strategy (NHS Employers) [Internet]. London: NHS Confederation; 2016 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://www.northamptonshire.gov.uk/councilservices/health/healthy-workplaces/Documents/NHS%20Employers%20Health%20and%20wellbeing%20communications%20guide.pdf>
38. World Health Organization. WHO strategic communications framework for effective communication [Internet]. Geneva: World Health Organization, Department of Communications; 2017 [cited 2023 Dec 20]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/communication-framework.pdf?sfvrsn=93aa6138_0
39. World Health Organization. Communicating risk in public health emergencies: a WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259807/9789241550208-eng.pdf;jsessionid=9610DC62AA944694024A06B7E038EAD4?sequence=2>
40. Centers for Disease Control and Prevention. Health communication playbook – resources to help you create effective materials [Internet]. Washington: U.S. Department of Health and Human Services; 2018 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://www.cdc.gov/nceh/clearwriting/docs/health-comm-playbook-508.pdf>
41. Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Manual de boas práticas literacia em saúde: capacitação dos profissionais de saúde [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2019 [cited 203 Dec 20]. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>

42. Melo AD, Balonas S, Ruão T, Felício M. Strategic communication for public health: A research-action empowerment program. In: Oliveira E, Melo AD, Goncalves G, editors *Strategic Communication for Non-Profit Organisations: Challenges and Alternative Approaches*. Wilmington, DE: Vernon Press; 2016. p. 55-74.
43. Duarte Melo A, Ruão T, Balonas S, Alves M, Ferreira M. Guia de comunicação em saúde – boas práticas. Braga: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Universidade do Minho, Direção Geral de Saúde; 2023. doi: 10.21814/1822.78904
44. Duarte Melo A, Ruão T, Balonas S, Alves M, Ferreira M. Guia de comunicação em saúde – áreas especializadas. Braga: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Universidade do Minho, Direção Geral de Saúde; 2023. doi: 10.21814/1822.79480
45. Hornik R. Public health education and communication as policy instruments for bringing about changes in behavior. In: Goldberg ME, Fishbein M, Middlestadt SE, editors. *Social marketing: Theoretical and practical perspectives*. London: Psychology Press; 2018.
46. Pilnick A, Hindmarsh J, Gill V. *Communication in healthcare settings: Policy, participation and new technologies*. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2010.
47. Almeida CV. (2018). Literacia em saúde: capacitação dos profissionais de saúde: o lado mais forte da balança. In: Lopes C, Almeida CV, coordenadores. *Literacia em saúde: modelos, estratégias e intervenção*. Lisboa: Edições ISPA; 2018. p. 33-42.
48. Morgado P, Lemos AR, Almeida S, Cerqueira JJ, Sousa N. (2019). A structured remediation program for communication skills. *Int J Med Educ*. 2019;10:161-162. doi: 10.5116/ijme.5d5a.72c3
49. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*. 2021;42:159-173. doi: 10.1146/annurev-publhealth-090419-102529
50. World Health Organization. *Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable: report of the third global survey on eHealth*. Geneva: WHO; 2016.52.
51. Wallerstein N, Oetzel JG, Sanchez-Youngman S, Boursaw B, Dickson E, Kastelic S, et al. Engage for equity: a longterm study of community-based participatory research and community-engaged research practices and outcomes. *Health Educ Behav*. 2020;47(3):380-390. doi: 10.1177/1090198119897075
52. Friedman DB, Hoffman-Goetz L. Literacy and health literacy as defined in cancer education research: A systematic review. *Health Educ J*. 2008;67(4):285-304. doi: 10.1177/0017896908097071
53. Smith CC, Singer RF, Kromm EE. Getting cancer research into the news: a communica-

tion case study centered on one U.S. comprehensive cancer center. *Science Communication*. 2010;32(2):202-31.

54. Ruão T. Estratégias de comunicação na saúde – na promoção da igualdade. In: Lopes F, Ruão T, Marinho S, Coelho ZP, Fernandes L, Araújo R, et al. *A saúde em notícia: repensando práticas de comunicação*. Braga: CECS; 2013. p. 16-26.

Sobre os autores

Ana Duarte Melo. Professora Auxiliar, Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade da Universidade do Minho, Portugal. ORCID: 0000-0002-4598-7174. E-mail: anamelo@ics.uminho.pt

Sara Balonas. Professora Auxiliar, Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade da Universidade do Minho, Portugal. ORCID: 0000-0003-0885-1718. E-mail: sarabalonas@ics.uminho.pt

Teresa Ruão. Professora Associada com Agregação, Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade da Universidade do Minho, Portugal. ORCID: 0000-0002-9723-8044. E-Mail: truao@ics.uminho.pt

Manuela Mendonça Felício. Médica especialista em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte e Direção-Geral da Saúde (Plano Nacional de Saúde 2030), Porto, Portugal. ORCID: 0000-0003-4282-6700.

O CONTRIBUTO DOS INQUÉRITOS NACIONAIS DE SAÚDE PARA O ESTUDO DOS DETERMINANTES SOCIAIS E DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE EM PORTUGAL

*La contribution des enquêtes nationales de santé à l'étude des déterminants
sociaux et des inégalités de santé au Portugal*

*The contribution of the National Health Surveys to the study of social
determinants and health inequalities in Portugal*

Carlos Matias Dias

Marta Barreto

Sónia Namorado

Baltazar Nunes

Mariana Neto

Mafalda Sousa-Uva

Resumo

Os dados gerados pelos seis Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) por entrevista, inquéritos gerais de saúde realizados em Portugal desde 1980, e pelos Inquéritos Nacionais de Saúde com Exame Físico (INSEF), realizados em amostras representativas da população já neste século, evidenciaram desigualdades entre subgrupos da população residente. Esses inquéritos se beneficiaram da harmonização metodológica em nível europeu e pela transposição para Portugal do regulamento europeu para a realização quinquenal obrigatória do Inquérito Europeu de Saúde por Entrevista (European Health Interview Survey – EHIS), o que permite análises comparativas. Importa agora realizar uma segunda edição do INSEF, por volta de 2025, para monitorizar diferenças e desigualdades em saúde e identificar iniquidades merecedoras de atenção para o desenho de políticas públicas baseadas em uma forte perspectiva de equidade, algo, aliás, preconizado no Plano Nacional de Saúde 2030 (PNS 2030). Uma revisão recente dos estudos realizados em Portugal nas últimas quatro décadas sobre desigualdades sociais de saúde bem como a revisão não estruturada da literatura realizada para o presente trabalho apoiam a necessidade de promover esse campo de investigação dada a relativa escassez de estudos utilizando dados gerados pelos INS por entrevista e pelos INSEF necessários para o planeamento e a investigação em saúde em Portugal. Além disso, a comparação dos dados de 2015 e 2025 do INSEF será necessária para avaliar os impactos na saúde da pandemia de Covid-19.

Palavras-chave: Dados Estatísticos. Determinantes Sociais da Saúde. Inquéritos Epidemiológicos. Inquéritos Epidemiológicos. Política Pública.

Résumé

Les données générées par les six enquêtes nationales de santé par interview, les enquêtes générales de santé menées au Portugal depuis les années quatre-vingt du siècle dernier et par les enquêtes avec examen physique (INSEF), effectuées dans des échantillons représentatifs de la population déjà au cours de ce siècle, ont mis en évidence des inégalités entre les sous-groupes de la population résidente. Ces enquêtes ont bénéficié d'une harmonisation méthodologique au niveau européen et de la transposition au Portugal du règlement européen pour la conduite quinquennale obligatoire de l'enquête européenne sur la santé (EHIS), qui permet des analyses comparatives. Il est maintenant important de réaliser une deuxième édition d'enquêtes de santé avec examen physique, vers 2025, pour suivre les différences et les inégalités en matière de santé et identifier les inégalités méritant l'attention des politiques publiques conçues avec une forte perspective de situation d'équité, d'ailleurs recommandées dans le Plan national de santé 2030. De plus, la comparaison des données de 2015 et de 2025 de l'INSEF sera utile pour évaluer les impacts sanitaires de la pandémie de COVID Un

examen récent des études réalisées au Portugal au cours des quatre dernières décennies sur les inégalités sociales de santé, ainsi que l'examen non structuré effectué pour le présent travail, soutiennent la nécessité de promouvoir ce domaine de recherche étant donné la relative rareté des études utilisant les données générées par les enquêtes nationales de santé par interview et par les enquêtes avec examen physique (INSEF) nécessaires à la planification et à la recherche en matière de santé au Portugal.

Mots-clés: Données statistiques; les déterminants sociaux de la santé; enquêtes épidémiologiques; enquêtes épidémiologiques; Politique publique

Abstract

The data generated by the six National Health Interview Surveys, general health surveys carried out in Portugal since the eighties of the last century, and by Health Examination Surveys, carried out in representative samples of the population already in this century, evidenced inequalities between subgroups of the resident population. These surveys have benefited from methodological harmonization at European level, and from the transposition into Portugal of the European regulation for the mandatory five-year conduct of the European Health Interview Survey (EHIS), which allows comparative analyses. It is now important to carry out a second edition of the health examination survey, around 2025, to monitor differences and inequalities in health and identify inequities deserving of attention by public policies designed with a strong perspective of equity situation, moreover, recommended in the National Health Plan 2030. A recent review of studies carried out in Portugal during the last four decades on social health inequalities, and the unstructured review carried out for the present work, both support the need to promote this field of research. The motive is the relative scarcity of studies using data from national health interview surveys and health examination surveys (INSEF) in addition, the comparison of 2015 and 2025 data from INSEF will be useful for evaluating health impacts of the COVID pandemic

Keywords: Statistical Data; Social Determinants of Health; Epidemiological Surveys; Epidemiological Surveys; Public Policy

1. Introdução

A obtenção de informação é essencial para identificar e monitorizar as necessidades reais de saúde de uma população, assim como para planejar, monitorizar e avaliar as respostas organizadas e equitativas às necessidades de saúde das populações¹.

Dada a variedade de fatores que influenciam a saúde em nível individual e coletivo, essa informação inclui fatores que se distribuem de forma diferente em grupos da população, podendo resultar em iniquidades se as respostas dadas nos vários níveis de prevenção não considerarem essas desigualdades².

As várias origens primárias da informação de saúde incluem, desde logo, os dados que resultam do registro de eventos vitais como o nascimento e a morte, mas, também, a informação escolar, laboral e fiscal³. A informação que resulta dos registros clínicos gerados em resultado da utilização de cuidados de saúde, primários ou hospitalares, inclui, também, os dados de diagnóstico, terapêutica, prescrição e dispensa de medicamentos, ou outros tratamentos, bem como dados de vacinação, cuidados continuados e paliativos.

Outros dados primários sobre alguns fatores são gerados e registrados por organizações de outros setores da sociedade, por exemplo, os dados censitários obtidos a cada dez anos da totalidade da população ou os dados laborais, ou de acidentes de trabalho⁴.

No entanto, as informações individuais sobre escolhas, comportamentos, percepções ou outros aspectos pessoais e íntimos não são, geralmente, registradas e são suscetíveis de diferentes níveis de proteção de dados, valoração e memória, muitas vezes sem registro ao longo da vida. Por outro lado, apesar da crescente capacidade de ligação de dados e informação de fontes diferentes, a certeza de que um conjunto de dados pertence à mesma pessoa apenas é possível se forem recolhidos no mesmo momento, ou se cada pessoa puder ser identificada sem dúvida por meio de um valor de um dado identificador, ou de um conjunto de identificadores, que permita a ligação de registros⁵.

Chegamos, assim, às vantagens dos inquéritos de saúde realizados de forma planejada e organizada sobre amostras representativas da população, com recolha de dados sobre um vasto leque de variáveis que caracterizam cada um dos indivíduos que aceitam participar em um determinado inquérito, o qual, por sua vez, utiliza instrumentos, como questionários, escalas, e, por vezes, medição de parâmetros biométricos e recolha de amostras biológicas com validade conhecida⁶.

Considerando que os DSS são fatores que influenciam a saúde individual e coletiva e que incluem fatores económicos, sociais, ambientais e fatores relacionados como os comportamentos, a sua medição e monitorização, incluindo diferenças, desigualdades e iniquidades na sua distribuição, apenas pode ser realizada de forma completa se a fonte for o próprio indivíduo, incluído em amostras de indivíduos representativas da população, estudadas por intermédio de inquéritos⁷.

Os inquéritos de saúde de base populacional constituem, assim, uma importante fonte de dados para suporte à tomada de decisão, nomeadamente para o ciclo do planeamento em saúde². Os problemas de saúde pública associados à pobreza e à migração para as cidades, que ocorreram durante a Revolução Industrial, motivaram as primeiras experiências no campo dos inquéritos de saúde de base populacional, tendo a Segunda Guerra Mundial, nos Estados Unidos, e as necessidades de planeamento do National Health Service (NHS), na Grã-Bretanha, dando origem aos inquéritos modernos, baseados em métodos rigorosos de amostragem probabilística⁸.

Os inquéritos de base populacional são instrumentos que completam e complementam a informação com origem nos dados nos sistemas de informação existentes, como contributos para formulação e avaliação das políticas públicas, tornando-se crescente a sua utilização nos diversos países como ferramenta de apoio ao planeamento, incluindo em saúde⁹.

Em Portugal, a série de Inquéritos Nacionais de Saúde (INS), inquéritos gerais sobre saúde da responsabilidade de entidades oficiais, iniciou-se em 1985 por iniciativa do Ministério da Saúde e está atualmente na sua sexta ronda, agora em uma colaboração entre o Instituto Nacional de Estatística (INE) e o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA)^{10,11}. A UE, por meio do Gabinete de Estatísticas da União Europeia (Eurostat), desenvolveu, nas últimas décadas, o Inquérito Europeu de Saúde por Entrevista (European Health Interview Survey – EHIS), regulamentado em 2008 em nível europeu e que incluiu o INS realizado em 2014 em Portugal¹².

Os seis inquéritos já realizados mantêm um conjunto de questões idênticas entre as várias edições, o que permite estabelecer comparações entre os diversos momentos de observação em relação a amostras representativas da população portuguesa. Apesar dessa série longa de inquéritos e do elevado número de variáveis estudadas, são relativamente desconhecidos a frequência e o tipo de utilização desses dados em trabalhos de planeamento, monitorização e avaliação da saúde dos portugueses e dos seus determinantes¹⁰. Da mesma forma, a utilização em trabalhos académicos ou em artigos publicados em revistas com revisão por pares é apenas conhecida em parte¹³.

2. Desenvolvimento

Os INS são instrumentos de observação por excelência, e a informação que disponibilizam é fundamental para manter atualizado o conhecimento do estado de saúde da população, seus fatores determinantes e utilização de cuidados de saúde, incluindo os cuidados preventivos, necessária no apoio à decisão e ao planeamento em saúde baseados na evidência científica^{1,8,14}.

Esses inquéritos têm habitualmente como principal requisito serem baseados em amostras probabilísticas da população. Esse fato é essencial para assegurar um dos principais objetivos dos estudos epidemiológicos transversais, que corresponde a descrever a distribuição da carga da doença, suas determinantes e utilização de cuidados por estratos da população¹⁵. Para esse efeito, a representatividade da amostra de pessoas observadas apenas pode ser assegurada se o processo de amostragem resultar de uma amostragem probabilística com desenho geralmente complexo¹⁶. A recolha e a análise de dados sobre a saúde da população por meio de inquéritos de saúde realizados em amostras de indivíduos representativas da população e de âmbito nacional são importantes para planejar, monitorizar e avaliar o impacto dos planos e dos programas de saúde considerando características demográficas, sociais, econômicas, geográficas, entre outras⁹.

No contexto da caracterização das desigualdades em saúde, assegurar essa representatividade, tanto em nível nacional como em nível dos estratos da população definidos por variáveis demográficas e sociais, é uma condição necessária à correta identificação dessas diferenças entre os grupos populacionais¹⁷.

Se a informação acerca da saúde de cada indivíduo e da população a que pertence incluir, também, fatores que determinam a saúde, a doença e a incapacidade, então, o planeamento pode incluir a perspectiva das desigualdades e das iniquidades em saúde, aumentando, assim, a sua pertinência e potenciando a sua efetividade, já que os determinantes sociais e econômicos são reconhecidamente importantes^{2,18-20}.

Embora os inquéritos de saúde não sejam, geralmente, desenhados para estudar as desigualdades em saúde, eles permitem a recolha simultânea, individualmente, de dados sobre saúde, doença, incapacidade, utilização de cuidados, além de outros fatores, uns registrados, outros não registrados regularmente em outras fontes, como preferências e hábitos alimentares, de atividade física, aspectos da saúde mental, e outras características que não estão registradas de forma sistemática, nem ao longo da vida, permitindo o estudo da sua associação²¹. Por outro lado, a recolha simultânea de dados sobre fatores demográficos e socioeconômicos universais permite analisar não apenas a sua associação com indicadores de saúde, doença e incapacidade, mas também as diferenças na distribuição de indicadores de saúde ao longo de categorias sociais e demográficas³.

Os instrumentos harmonizados em nível europeu, como o INS por entrevista, o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) e o Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF), entre outros em Portugal, fornecem dados relevantes acerca das diferenças na frequência e na distribuição dos indicadores de saúde, propiciando o desenvolvimento de trabalhos de investigação na área das desigualdades em saúde em nível nacional, regional e europeu^{10,22}.

Os inquéritos de saúde de base populacional, por colherem informação integrada sobre vários aspectos sociais, comportamentais e do estado de saúde da população, constituem uma fonte de informação única para o conhecimento aprofundado do estado de saúde e doença da população e seus determinantes, assim como sobre a utilização de cuidados de saúde, permitindo ainda identificar fatores de desigualdade entre e dentro dos diferentes grupos populacionais⁹. Esses inquéritos são ferramentas importantes para o planeamento das intervenções em saúde pública, constituindo peças essenciais e as mais frequentes fontes de dados para a definição das necessidades reais de saúde de uma população, bem como para a monitorização das intervenções realizadas e a medição dos seus impactos em nível populacional²³. Os vários indicadores e metas do PNS 2021-2030, que são e poderão ser produzidos por um INS de base populacional, são prova disso⁹.

O INS em Portugal foi criado e desenvolvido no âmbito do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde do Ministério da Saúde (DEPS/MS) em 1980^{10,24}.

O INS conta, até a presente data, com seis edições de recolha de dados: 1987/88, 1995/96, 1998/99, 2005/06, 2014 e 2019^{10,25,26}. Os dados são obtidos mediante entrevistas presenciais, realizadas por entrevistadores treinados no domicílio com aplicação de um questionário estruturado e, mais recentemente, também por intermédio da internet, aos indivíduos cuja probabilidade de seleção é conhecida, pelo serão incluídos em amostras probabilísticas representativas da população portuguesa.

Ao longo dos vários INS, foram sendo utilizados instrumentos e métodos cada vez mais válidos e estáveis, sendo de referir a importância do trabalho de harmonização realizado em nível europeu, inicialmente pela OMS e depois pelo Eurostat^{12,14}.

Portugal acompanhou esses trabalhos e desenvolvimentos, integrando o Technical Group HIS, primeiro por meio do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) e depois do Instituto Nacional de Estatística (INE), o que teve como reflexo a utilização de instrumentos de recolha preconizados por aquelas organizações internacionais nos INS desde o seu início¹⁰.

Os indicadores assim obtidos descrevem o estado de saúde, a utilização de cuidados de saúde, alguns determinantes de saúde e informação demográfica de base relativa à população portuguesa residente em unidades de alojamento familiar, desagregada por variáveis demográficas e sociais em nível nacional e regional^{10,13}.

Em dezembro de 2008, o Parlamento e o Conselho Europeus aprovaram o Regulamento nº 1338/2008 sobre estatísticas comunitárias de saúde pública e saúde e segurança no trabalho, o qual estabelece, entre outros, a produção quinzenal de estatísticas sobre o estado de saúde da população residente na UE e os

seus determinantes. Nesse contexto, o Regulamento de Implementação nº 141 da Comissão, de 19 de fevereiro de 2013, estabeleceu o âmbito, os pressupostos e os critérios para a primeira realização obrigatoriamente harmonizada do EHIS. Em 2019, foi realizada uma segunda edição quinquenal do EHIS, na qual Portugal participou, em conformidade com o Regulamento nº 255 da Comissão Europeia, de 19 fevereiro de 2018²⁵.

O conjunto de dados recolhidos e apurados no âmbito do EHIS diz respeito ao estado de saúde, aos cuidados de saúde e às determinantes da saúde, assim como às características sociodemográficas da população com idade igual ou superior a 15 anos. Tendo sido definidos em nível europeu, refletem principalmente uma perspectiva comum das principais preocupações de saúde e políticas de saúde transversais aos vários Estados-Membros que, embora relevantes para Portugal, não esgotam preocupações específicas à população portuguesa. Assim, o EHIS realizado em Portugal, em 2019, incluiu, tal como em 2014, variáveis específicas e utilizou uma amostra representativa em nível regional, definidas no quadro de um acordo de colaboração com o INSA²⁷.

O primeiro INS foi planejado, testado e realizado em 1987 por iniciativa do Ministério da Saúde, por meio do então DEPS/MS, que sucedeu ao Gabinete de Estudos e Planeamento da Saúde, e ao anteriormente designado Gabinete de Planeamento, no âmbito do Ministério da Saúde e Assistência¹⁰.

O segundo INS (1995/1996) foi planejado e executado já no âmbito da Direção-Geral da Saúde (DGS), organismo que iniciou o planeamento do terceiro INS, cujo trabalho de campo decorreu entre 1998 e 1999, mas já coordenado pelo Observatório Nacional de Saúde (ONSA), após transferência do INS, por despacho ministerial, para essa estrutura funcional, entretanto criada no INSA²⁸.

A partir de 2012, com uma nova lei orgânica, coube ao Departamento de Epidemiologia, sucessor do ONSA no INSA, a responsabilidade pela preparação e realização do quarto INS (2005/2006), que incluiu, pela primeira vez, a população das Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, e do quinto INS (2014)^{25,29}.

Embora a iniciativa e o financiamento dos primeiros quatro INS tenham sido do Ministério da Saúde, o INE participou desde o primeiro INS no desenho das amostras e seleção das unidades de alojamento, mediante contratos de prestação de serviços para desenho e seleção da amostra a utilizar (primeiro, segundo e terceiro INS) e do trabalho de campo (segundo e terceiro INS). Além destes, foram realizados inicialmente outros INS de âmbito regional em Lisboa e Vale do Tejo (1989), Norte (1990), Alentejo (1991) e Algarve (1993)^{10,25,29}.

O quarto INS foi o primeiro inquérito de saúde por entrevista a abranger, de fato, toda a população residente em Portugal, já que a amostra incluiu, além da população residente na área continental, os residentes nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. Foi também nesse inquérito que foram aplicados pela primeira vez ponderadores populacionais, o que permitiu obter estimativas da frequência das variáveis estudadas na população²⁹. O mesmo método foi aplicado retrospectivamente aos dados obtidos pelo INS 1998/1999, com o objetivo de permitir a comparação dos indicadores obtidos com base em ambos os INS.

Embora denominados “Inquéritos Nacionais de Saúde”, os inquéritos anteriores (1987; 1995/1996) estudaram amostras dimensionadas ao nível das cinco regiões administrativas de Portugal Continental; e, ainda que as amostras tenham sido sobre dimensionadas para permitir estimativas regionais, os resultados não foram alvo de ponderação nem extensão à população²⁹.

Em 2008, foi publicado o regulamento que estabelece um quadro comum para a produção sistemática de estatísticas comunitárias sobre saúde pública e saúde e segurança no trabalho¹². Tais estatísticas devem fornecer dados para a construção dos indicadores estruturais, indicadores de desenvolvimento sustentável e Indicadores de Saúde da Comunidade Europeia (European Community Health Indicators – ECHI), assim como para outros grupos de indicadores que seja preciso desenvolver para o acompanhamento das ações comunitárias nos domínios da saúde pública e da saúde e segurança no trabalho. Nesse sentido, a partir dessa data, os INS realizados em Portugal passaram a ser da responsabilidade do INE, tendo os INS 2014 e 2019 sido realizados em colaboração com o INSA^{11,29}.

A recolha de dados do quinto INS decorreu em 2014, conjuntamente com o EHIS, sendo, assim, harmonizado e regulamentado em nível europeu (Regulamento UE nº 141/2013), o que permite a comparação internacional dos resultados nacionais. Esse quinto INS foi cofinanciado pelo INSA de modo a garantir a desagregação dos dados em nível regional e incluir questões adicionais sobre temáticas relevantes para a caracterização do estado de saúde da população portuguesa (saúde reprodutiva, consumo de alimentos, satisfação com a vida, incapacidade de longa duração), além de manter a comparabilidade com os dados do quarto INS, realizado em 2005/2006²⁵.

As características técnicas iniciadas pelo quarto INS em 2014 permaneceram em 2019 com o trabalho de campo do sexto INS, que manteve a representatividade nacional, a harmonização com o EHIS, a inclusão de perguntas relevantes para a caracterização da saúde da população portuguesa, além da capacidade de estratificação regional¹¹. Das áreas de inquirição estudadas pelos vários INS, há que referir a manutenção

de alguns conjuntos de questões ao longo dessa série temporal, o que permite estudar comparativamente indicadores de saúde e determinantes de saúde e de utilização de cuidados ao longo de várias décadas em grandes amostras da população portuguesa do continente (1987 a 2019) e do país, incluindo as regiões autónomas (1994 a 2019). O quadro 1 inclui uma comparação preliminar das áreas de inquirição ao longo dos seis INS realizados até 2019.

Quadro 1. Comparação das áreas de inquirição nos Inquéritos Nacionais de Saúde

Áreas	Inquéritos					
	6°	5°	4°	3°	2°	1°
	2019	2014	2005/06	1999	1995	1987
ESTADO DE SAÚDE						
Módulo mínimo de saúde europeu	X	X	(+/-)	(+/-)	(+/-)	-
Autoapreciação da saúde oral	X	(+/-)	(+/-)	(+/-)	-	-
Doenças crónicas	X	X	X	(+/-)	(+/-)	(+/-)
Acidentes e lesões	X	X	X	(+/-)	(+/-)	(+/-)
Ausência laboral (por razões de saúde)	X	X	X	(+/-)	(+/-)	(+/-)
Limitações funcionais físicas e sensoriais	X	X	X	(+/-)	(+/-)	(+/-)
Cuidados pessoais	X	X	X	X	-	(+/-)
Atividades domésticas	X	X	X	X	-	-
Dor	X	X	X	-	-	-
Saúde mental	X	X	(+/-)	-	-	-
CUIDADOS DE SAÚDE						
Assistência hospitalar	X	X	(+/-)	(+/-)	(+/-)	(+/-)
Assistência ambulatorial e domiciliária	X	X	(+/-)	(+/-)	(+/-)	-
Saúde ocupacional	X	-	-	-	-	(+/-)
Consumo de medicamentos	X	X	X	(+/-)	(+/-)	-
Cuidados preventivos	X	X	X	-	-	-
Saúde reprodutiva	X	X	X	-	-	(+/-)
Necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas	X	X	-	-	-	-

DETERMINANTES DA SAÚDE						
Peso e altura	X	X	X	X	X	X
Atividade/exercício físico	X	X	(+/-)	(+/-)	(+/-)	-
Consumo de alimentos	X	X	X	(+/-)	(+/-)	(+/-)
Consumo de tabaco	X	X	(+/-)	(+/-)	(+/-)	(+/-)
Consumo de álcool	X	X	(+/-)	(+/-)	(+/-)	(+/-)
Satisfação com a vida	X	X	-	-	-	-
Suporte social	X	X	-	-	-	-
Cuidados e assistência informal	X	X	-	-	-	-
Incapacidade de longa duração	X	X	(+/-)	(+/-)	(+/-)	(+/-)
Rendimentos e despesas do agregado familiar	X	X	(+/-)	(+/-)	(+/-)	(+/-)
OUTROS						
Dádiva de sangue	-	-	X	-	-	-
Qualidade de vida	-	-	X	-	-	-
Insegurança alimentar	-	-	X	-	-	-
Saúde infantil	-	-	-	X	X	X
Doenças agudas	-	-	-	-	-	X

No contexto dos inquéritos de saúde por entrevista, é utilizado o autorreporte como método de colheita de dados, com as limitações inerentes, já que os participantes podem relatar informações incorretamente devido a subdiagnósticos, conveniência social (ou seja, pessoas que relatam o que esperam ser o comportamento desejável) ou baixa literacia em saúde (isto é, mal-entendimento de termos médicos ou confusão entre cura e doença controlada com medicamentos)³⁰.

O relato incorreto pode afetar não apenas as estimativas de prevalência de doenças ou estado geral de saúde, mas também as estimativas de medidas de desigualdade relacionadas com o nível socioeconómico, já que é de esperar que o autorreporte incorreto de patologias seja mais frequente entre as pessoas com menor nível socioeconómico, provavelmente devido a menor escolaridade e menor utilização de cuidados de saúde, associado à falta de acessibilidade ou discriminação³¹⁻³³.

Estudos epidemiológicos como o INS em Portugal ou o EHIS podem, ainda, ser usados para monitorizar a evolução da carga de doença, seus determinantes, utilização de cuidados, assim como desigualdades e iniquidades ao longo do tempo, recor-

rendo ao delineamento de estudo transversal repetido, com periodicidades variáveis em função da característica a monitorizar, ou, desejavelmente, mantendo o intervalo de tempo entre cada inquérito³. Consequentemente, permitem monitorizar e investigar a evolução temporal das desigualdades na distribuição em vários subgrupos populacionais³⁴⁻³⁶. Análises desse tipo podem ser realizadas com estudos transversais repetidos. Um estudo longitudinal com um período longo de seguimento não permite monitorizar facilmente a distribuição do estado de saúde uma população, pois a amostra usada, se for resultado de uma amostragem aleatória, é apenas representativa da população no momento do seu recrutamento³.

Importa, assim, referir os INSEF, nos quais a informação colhida por questionário é complementada por informação resultante de medições objetivas obtidas por exame físico e testes laboratoriais, que resultam em informação mais exata e de melhor qualidade³⁷. Alguns exemplos dessa mais-valia são as prevalências de hipertensão, hipercolesterolemia e diabetes, habitualmente subestimadas por autorreporte³⁸. No mesmo sentido, as estimativas do índice de massa corporal calculadas com base no peso e na altura autorreportados tendem a estar enviesadas, dado que o peso e a altura autorreportados tendem a ser, respectivamente, sub e sobrestimados^{31,37,39}.

Em Portugal, até hoje, foram desenvolvidos vários estudos epidemiológicos de base populacional com componente de exame físico, nomeadamente para estimar a prevalência de obesidade, diabetes, hipertensão ou anemia⁴⁰⁻⁴³. Apesar de muito relevantes do ponto de vista científico e da saúde pública, esses estudos são geralmente específicos para certo tipo de doença e, alguns, não são representativos em nível nacional nem regional.

Merece particular interesse a realização, em Portugal, de três inquéritos populacionais em 2015 e 2016, em que a recolha de dados por entrevista ou de registos foi complementada por medições diretas, biométricas ou por análise laboratorial: o primeiro INSEF, o IAN-AF e o Inquérito Serológico Nacional (ISN)^{22,44,45}. Esses três inquéritos, cofinanciados em 85% pelo Mecanismo Financeiro do Espaço Económico Europeu (European Economic Area Financial Mechanism – EEA Grants), forneceram conhecimento atualizado e detalhado sobre o estado de saúde da população e seus determinantes, permitindo o desenvolvimento de novas intervenções estruturadas em saúde pública, bem como o ajuste de intervenções e programas já em curso.

O INSEF, tal como o IAN-AF, constitui as componentes nacionais dos correspondentes inquéritos Europeus, nomeadamente o European Health Examination Survey (EHES) e o EU-Menu, Pan-European Dietary Survey da Autoridade Europeia de Segurança Alimentar (European Food Safety Authority – EFSA)^{37,38}. O INSA participou desde o

início no estudo-piloto do EHES em 2009 em colaboração com o Centro de Referência para o Inquérito Europeu de Saúde com Exame Físico (Finish Institute for Health and Welfare – THL), tendo adotado, a partir dessa altura, todos os seus procedimentos padronizados^{39,46}. O IAN-AF, por seu lado, seguiu a proposta da EFSA para a utilização de uma metodologia harmonizada na avaliação do consumo alimentar na Europa, a ser utilizada em inquéritos alimentares nacionais; e, por esse fato, os dados resultantes do inquérito foram integrados na base de dados europeia EFSA Comprehensive European Food Consumption Database⁴⁷.

Os INSEF (Health Examination Surveys – HES) são realizados na Europa desde finais dos anos 1950 e princípio dos anos 1960. A sua frequência aumentou nas décadas seguintes e mais rapidamente a partir do ano 2000³⁷. A Finlândia detém o maior número de INSEF de base populacional, enquanto o Reino Unido realiza anualmente esse inquérito desde 1991, e a Escócia, desde 2008. Apesar desse desenvolvimento, a periodicidade dos INSEF é irregular na Europa. No caso português, essa irregularidade é aparentemente devida à dificuldade na obtenção atempada de financiamento, situação semelhante ao observado com o INS por entrevista, antes da sua assunção no âmbito do EHIS.

O primeiro INSEF utilizou uma amostra probabilística e representativa da população portuguesa com idade entre os 25 e os 74 anos, estratificada em nível das regiões (NUTS2 e Regiões Autónomas), e foi realizado em Portugal em 2015, seguindo os procedimentos do EHES^{22,48}.

Esse projeto, coordenado pelo INSA, por meio do seu Departamento de Epidemiologia, contou com a parceria do Instituto Norueguês de Saúde Pública (NPHI) e com a colaboração institucional das cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) no continente e das Secretarias Regionais de Saúde (SRS) das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira⁴⁸.

O INSEF consistiu em um estudo transversal de base populacional representativo em nível nacional e em nível de cada uma das sete regiões (cinco no continente e as duas Regiões Autónomas). Os indivíduos com idade entre os 25 e os 74 anos, residentes em Portugal, foram selecionados a partir do registro nacional de utentes de saúde, por intermédio de amostragem probabilística estratificada em duas fases. Os dados foram colhidos em unidades de cuidados de saúde primários e incluíram, além de variáveis inquiridas por entrevista, medição da pressão arterial, altura, peso, perímetro da cintura e do quadril, e colheita de sangue para determinação do perfil lipídico, hemoglobina glicada e hemograma⁴⁸. Foi também criado um biobanco que incluiu o armazenamento soro, plasma, DNA e sangue total dos participantes do INSEF que o consentiram^{22,29}.

Como resultado, dados individuais, anonimizados, de qualidade estão agora disponíveis para monitorização, planeamento e investigação em saúde pública, incluindo a investigação sobre desigualdades sociais. Os dados recolhidos pelo INSEF têm fornecido vários indicadores para os Programas Nacionais de Saúde, como o Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabaco, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes e o Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável. Adicionalmente, indicadores como o consumo excessivo de sal foram utilizados como ponto de partida para campanhas de alimentação saudável, visando à redução de seu consumo⁴⁹.

A informação de saúde de qualidade é uma necessidade, e hoje faz parte integrante dos sistemas de saúde. Com o surgimento dos registos eletrónicos de saúde, surgem novas oportunidades e desafios relativos ao uso de dados clínicos no que diz respeito à disponibilidade e à comparabilidade de dados de qualidade, situação potenciada pela pandemia de Covid-19⁵⁰.

No entanto, apesar de existirem atualmente várias fontes de informação obtidas com base em registos eletrónicos, estas contribuem para conhecer a doença e os procedimentos adotados nos indivíduos frequentadores dos cuidados de saúde, e não da população geral⁵¹.

Por outro lado, os métodos utilizados para colher informação nos serviços de saúde que darão posteriormente origem aos registos eletrónicos são muito heterogêneos, não dando origem a informação totalmente comparável, incluindo nos grupos sociais menos favorecidos. Adicionalmente, ao comparar dados obtidos por inquérito com dados obtidos nesses registos, constata-se que as condições que geralmente não são documentadas nos registos eletrónicos têm baixa concordância com os dados obtidos a partir de inquéritos, sugerindo que os dados dos inquéritos são mais sensíveis que os dados eletrónicos⁵².

A informação proveniente dos registos de saúde eletrónicos pode, no entanto, complementar a informação gerada por inquéritos de saúde, contribuindo para identificar a possível inexistência de informação nos registos e orientar os investigadores a evitar ou ajustar os vieses^{53,54}.

O processo de planeamento do segundo INSEF, com realização prevista para 2025, foi interrompido no início de 2020 pela pandemia de Covid-19. Além da dificuldade na obtenção de financiamento, acresce atualmente a aparente falta de apoio ao consórcio inicialmente acordado com as instituições que realizaram, em 2015 e 2016, o Inquérito Nacional de Alimentação e Nutrição (Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto – ISPUP), o INS (INSA) e o INSEF (INSA).

Entre as variáveis recolhidas pelo INSEF, o grau de instrução, a ocupação e a situação perante o trabalho permitiram objetivar diferenças e gradientes na distribuição de indicadores de saúde relevantes em diversos estudos específicos sobre obesidade⁵⁵, diabetes⁵⁶, vacinação contra a gripe⁵⁷, higiene oral⁵⁸, entre outros^{59,60}.

Esses gradientes seguem o observado em outras populações, com valores menos favoráveis em grupos com menor grau de instrução, desempregados, idosos, além de diferenças entre os sexos.

A população sem escolaridade ou com baixa escolaridade e a população sem atividade profissional remunerada tinham, por exemplo, prevalências padronizadas para sexo e idade mais elevadas no caso de hipertensão arterial, diabetes, excesso de peso, obesidade, obesidade abdominal e alteração dos lípidos do sangue^{59,60}.

No caso dos determinantes de saúde, embora o gradiente social se mantivesse, é de realçar a exposição ao fumo ambiental e o consumo de risco de bebidas alcoólicas mais frequentes em grupos etários mais jovens e com grau de instrução médio ou elevado⁵⁹.

Essa observação está de acordo com a associação entre o estatuto socioeconômico e a saúde bem estabelecida na literatura internacional, com base na observação de um gradiente em que os indivíduos que estão em posições socioeconômicas mais desfavoráveis têm maior probabilidade de sofrer uma maior carga de doença e de mortalidade mais precoce do que aqueles em posições mais altas^{20,61}.

Embora parte das desigualdades em saúde observadas possam resultar diretamente de escolhas individuais, essas escolhas podem, por sua vez, resultar de circunstâncias limitadas e injustas⁶². Tal fato pode ser justificado pela existência de um gradiente social relativo aos aspectos comportamentais associados à saúde. Também as desigualdades sociais e econômicas do contexto de residência podem influenciar os comportamentos de saúde (consumo de tabaco, álcool, frutas e vegetais e níveis de atividade física) e, por sua vez, a ocorrência de doença e estão presentes em todas as escalas espaciais – entre bairros, freguesias, concelhos, distritos, regiões e países⁶³. Nesse âmbito, os dados dos INS e do INSEF têm também sido utilizados, entre outros, na análise da associação entre a privação socioeconômica de área de residência e os níveis de hemoglobina glicada, a hipertensão arterial e índices de saúde mental

Em Portugal, as desigualdades sociais de saúde são um problema persistente e de maior magnitude que em outros países europeus⁶⁵. Os resultados dos seis INS e dos estudos publicados confirmam essa conclusão e mostram que as desigualdades em saúde e nos seus determinantes em Portugal são significativas. Dentre os determinantes de saúde, merece destaque a desigualdade entre os sexos, classes de rendimento

e situação perante o trabalho na exposição ao fumo do tabaco, a qual aumentou entre os INS 2005 e 2014⁷⁰⁻⁷².

Uma revisão recente dos estudos mais representativos da investigação feita em Portugal nas últimas quatro décadas sobre desigualdades sociais de saúde, a partir de indicadores de pertença socioeconómica, concluiu que é necessário consolidar esse campo de investigação dada a relativa escassez de estudos, em especial, utilizando dados de inquérito⁶⁶. As maiores desigualdades em saúde nas regiões do interior do país do que nas regiões costeiras ou os motivos por que as pessoas com rendimento mais baixo, baixa educação e emprego precário têm pior saúde (autoapreciada e autorreportada) do que as pessoas com rendimento e educação mais elevados e emprego estável são questões que necessitam de clarificação e atualização^{19,62,66}.

3. Considerações finais

Os dados gerados pelos INS, inquéritos gerais de saúde realizados em Portugal desde a década de 1980, e pelos INSEF, realizados também em amostras representativas da população residente em Portugal já neste século, têm servido para evidenciar diferenças e desigualdades em saúde entre subgrupos da população residente no país.

Apesar de a irregularidade na periodicidade de realização dos inquéritos gerais de saúde em Portugal, entre 1987 e 2005, ter sido, em parte, resolvida por meio da transposição para Portugal do regulamento europeu para a realização quinquenal obrigatória do EHIS, assegurado pelo INE em colaboração com o INSA, as realizações dos INSEF, IAN-AF e ISN não estão incluídas no sistema de informação, prejudicando a sua utilidade para o planeamento e para a investigação epidemiológica¹².

O cofinanciamento dado pelo Ministério da Saúde ao INS para a recolha de dados de um conjunto adicional de variáveis permitiu apoiar o planeamento, a monitorização e a avaliação de algumas dimensões e determinantes de saúde relevantes para a população portuguesa e possibilitou, pelo menos até o INS 1999, estudar uma amostra de maior dimensão, representativa em nível regional.

Por outro lado, a evidência recolhida sugere uma reduzida utilização dos dados e informação gerada pelos INS por entrevista e pelos INSEF e IAN-AF para o planeamento e a investigação em saúde em Portugal. Os estudos realizados têm-se, no entanto, beneficiado da utilização de instrumentos de recolha de dados harmonizados em nível europeu, o que permite análises comparativas entre dois ou mais INS. Esta conclusão qualitativa merece confirmação por meio de estudo específico, dada a necessidades de basear em evidência científica o planeamento e a avaliação do impacto dos planos e programas de saúde em Portugal^{4,2}.

É importante que a segunda edição dos INSEF, cofinanciados pelo EEA Grants em 2015-2016, seja repetida por volta de 2025, de modo a poder obter dois pontos de dados de elevada qualidade sobre a saúde e seus determinantes nos residentes em Portugal, situação que está, aliás, preconizada no PNS 2030, em especial, para monitorizar as diferenças e as desigualdades em saúde e identificar as iniquidades merecedoras de atenção pelos atores privados, sociais e públicos, informados por políticas públicas desenhadas com uma forte perspectiva de equidade⁶⁷.

Referências

1. Imperatori E, Giraldes MR. Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3. ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 1993.
2. Campos AC. Estudar as desigualdades na saúde: por quê? In: Pereira JA, Giraldes MR, Campos AC, editors. Desigualdade e saúde em Portugal. Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento; 1991.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Indicadores de saúde: elementos conceituais e práticos [Internet]. Washington, D.C.: Opas/OMS; 2016 [cited 2023 Aug 15]. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14406:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-3&Itemid=0&showall=1&lang=pt#gsc.tab=0
4. Valério N, Bastien C. O INE: desafios do passado, desafios do futuro [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2010. Available from: <https://www.ine.pt/xurl/pub/91259840>
5. Oliveira ES, Machado MH. Para medir o trabalho em saúde no Brasil: principais fontes de informações. Divulg Saúde Debate. 2010;45:105-25.
6. Roxo L, Bamba C, Perelman J. Gender equality and gender inequalities in self-reported health: a longitudinal study of 27 European Countries 2004 to 2016. Int J Health Serv. 2021;51(2):146-154. doi: 10.1177/0020731420960344
7. Ezzati-Rice TM, Curtin LR. Population-based surveys and their role in public health. Am J Prev Med [Internet]. 2001 [cited 2023 Aug 12];20(4 suppl.):15–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11331126/>
8. Johnson TP. Origins and development of health survey methods. Handb Heal Surv Methods [Internet]. 2014 Nov 17 [cited 2023 Aug 13];1–17. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/9781118594629.ch1>

9. Malta DC, Szwarcwald CL. Population-based surveys and monitoring of noncommunicable diseases. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2023 Aug 13];51:2s. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/b5FZvPYqXwYwv3dDB8PLps/>
10. Dias CM. 25 anos de Inquérito Nacional de Saúde em Portugal. *Rev Port Saude Publica*. 2009;(spe 25):51-60.
11. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde 2019. Destaque. Portal do INE [Internet]. 2020 Jun 26 [cited 2023 Aug 15]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=414434213&DESTAQUESTema=55538&DESTAQUESmodo=2
12. European Union. Regulamento (CE) n. o 1338/2008 do Parlamento Europeu e do Conselho de 16 de Dezembro de 2008 relativo às estatísticas comunitárias sobre saúde pública e saúde e segurança no trabalho (Texto relevante para efeitos do EEE). *Jornal Oficial da União Europeia* [Internet]. 2008 Dec 31[cited 2023 Aug 13]. Available from: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:32008R1338>
13. Mariana N, Santos J. A importância dos Inquéritos de Base populacional: uma revisão descritiva do contributo do Inquérito Nacional de Saúde para a produção de evidência científica e do potencial contributo para a tomada de decisão. *Bol Epidemiológico Obs* [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug 13];8(Supl 11):7–14. Available from: <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/7148>
14. Hupkens CLH, Van Den Berg J, Van Der Zee J. National health interview surveys in Europe: an overview. *Health Policy* [Internet]. 1999 May 1 [cited 2023 Aug 12];47(2):145-68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10538289/>
15. Lesko CR, Fox MP, Edwards JK. Practice of epidemiology: a framework for descriptive epidemiology. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 13];191(12):2063-70. Available from: <https://doi.org/10.1093/aje/kwac115>
16. Levy PS, Lemeshow S. Sampling of populations: methods and applications [Internet]. New Jersey: John Wiley & Sons;2008 [cited 2023 Aug 13]. Available from: <https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=3&sid=cabe6af6-f97e-498c-b5e7-d569ee78fac2%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHNoaWlmbGFuZz1wdC1wdCZzaXRIPWVkcylsaXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3D#db=edsebk&AN=399476>
17. Costa C, Freitas Â, Stefanik I, Krafft T, Pilot E, Morrison J, et al. Evaluation of data availability on population health indicators at the regional level across the European Union. *Popul Health Metr* [Internet]. 2019 Aug 7 [cited 2023 Aug 15];17(1):1-15. Available from: <https://pophealth-metrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12963-019-0188-6>

18. World Health Organization. Invitation for public comment global action plan for healthy lives and well-being for all. Geneva: WHO; 2018.
19. Santana P. Poverty, social exclusion and health in Portugal. *Soc Sci Med*. 2002 Jul 1;55(1):33-45.
20. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet* [Internet]. 2012 [cited 2023 Aug 14];380(9846):1011–29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22964159/>
21. Baba Z, Belinske S, Post D. Public health, population health, and planning: ideas to improve communities. *Dela J Public Health*. 2018;4(2):14-18. doi: 10.32481/djph.2018.03.004.
22. Nunes B, Barreto M, Gil AP, Kislaya I, Namorado S, Antunes L, et al. The first Portuguese National Health Examination Survey (2015): design, planning and implementation. *J Public Health* [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug 13];41(3):511-7. Available from: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/41/3/511/5102480>
23. Elstad JI, Heggebø K, Dahl E. Nordic research on health inequalities: A scoping review of empirical studies published in *Scandinavian Journal of Public Health* 2000–2021. *Scand J Public Health* [Internet]. 2022 Nov 1 [cited 2023 Aug 14];50(7):843–51. Available from: <https://doi.org/10.1177/14034948221101304>
24. Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei 293, de 24 de agosto de 1993. Aprova a Orgânica do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (DEPS). *Diário da República* [Internet]. 1993 24 Aug [cited 2023 Aug 13]. Available from: <https://dre.tretas.org/dre/52936/decreto-lei-293-93-de-24-de-agosto>
25. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde 2014 [Internet]. Lisboa: INE; 2014. 2016 [cited 2023 Aug 13]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2
26. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas da Saúde - 2019 [Internet]. Lisboa: INE; 2021 [cited 2023 Aug 12]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257483090&PUBLICACOESmodo=2
27. Instituto Nacional de Estatística. Sistema Integrado de Metainformação. Documentos metodológicos [Internet]. Lisboa: INE; 2019 [cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://smi.ine.pt/DocumentacaoMetodologica/Detalhes?oe=616&LANG=PT>
28. Portugal. Ministério da Saúde. Ministério das Finanças e da Administração Pública. Despacho Normativo 15, de 7 de abril de 2009. Aprova o Regulamento Interno do Instituto Nacional de

- Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. Diário da República [Internet]. 1993 Aug 24 [cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://dre.tretas.org/dre/300779/despacho-normativo-15-2009-de-7-de-abril>
29. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: INE; 2009.
30. Molenaar EA, Van Ameijden EJC, Grobbee DE, Numans ME. Comparison of routine care self-reported and biometrical data on hypertension and diabetes: results of the Utrecht Health Project. Eur J Public Health [Internet]. 2006 [cited 2023 Aug 14];17(2):199-205. Available from: <https://academic.oup.com/eurpub/article/17/2/199/436004>
31. Kislaya I, Leite A, Perelman J, Machado A, Torres AR, Tolonen H, et al. Combining self-reported and objectively measured survey data to improve hypertension prevalence estimates: Portuguese experience. Arch Public Heal [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2023 Aug 14];79(1):1-9. Available from: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-021-00562-y>
32. Burgard SA, Chen PV. Challenges of health measurement in studies of health disparities. Soc Sci Med. 2014;106:143-50. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.01.045
33. Choi A, Cawley J. Health disparities across education: The role of differential reporting error. Health Econ [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2023 Aug 14];27(3):1–29. Available from: <https://ideas.repec.org/a/wly/hlthec/v27y2018i3pe1-e29.html>
34. Marques-Vidal P, Ravasco P, Dias CM, Camilo ME. Trends of food intake in Portugal, 1987-1999: results from the National Health Surveys. Eur J Clin Nutr [Internet]. 2006 Dec [cited 2023 Aug 14];60(12):1414-22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16788708/>
35. Alves J, Filipe R, Machado J, Nunes B, Perelman J. Change in the prevalence and social patterning of first-and second-hand smoking in Portugal: a repeated cross-sectional study (2005 and 2014). Int J Environ Res Public Heal Artic [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 14];17(10):3594. Available from: www.mdpi.com/journal/ijerph
36. Marques-Vida P, Dias CM. Trends in overweight and obesity in Portugal: the National Health Surveys 1995-6 and 1998-9. Obes Res [Internet]. 2005 [cited 2023 Aug 14];13(7):1141-5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16076982/>
37. Tolonen H, Koponen P, Aromaa A, Conti S, Graff-Iversen S, Grøtvedt L, et al. Recommendations for the Health Examination Surveys in Europe [Internet]. Luxembourg: The Finnish National Public Health Institute; 2008 Apr 9-11 [cited 2023 Aug 14]; Available from: <http://www.ktl.fi/portal/2920>
38. Tolonen H, Koponen P, Capkova N, Giampaoli S, Mindell J, Paalanen L, et al. European health examination surveys-a tool for collecting objective information about the health of the population.

Arch Public Health. 2018 [cited 2023 Aug 14];76:38. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13690-018-0282-4>

39. Tolonen H, Kuulasmaa K, Ahonen S, Jentoft S, Heldal J. Differences in participation rates and lessons learned about recruitment of participants—the European Health Examination Survey Pilot Project. Scand J Public Health [Internet]. 2015 [cited 2023 Aug 14];43(2):212-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25592449/>

40. Polonia J, Martins L, Pinto F, Nazare J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. J Hypertens [Internet]. 2014 [cited 2023 Aug 14];32(6):1211-21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24675681/>

41. Macedo ME, Lima MJ, Silva AO, Alcantara P, Ramalhinho V, Carmona J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: The PAP study. J Hypertens. 2005;23(9):1661-6.

42. Gardete-Correia L, Boavida JM, Raposo JF, Mesquita AC, Fona C, Carvalho R, et al. First diabetes prevalence study in Portugal: PREVADIAB study. Diabet Med [Internet]. 2010 Aug [cited 2023 Aug 14];27(8):879-81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20653744/>

43. João C, Jácome C, Brito D, Teixeira P, Quelhas-Santos J, Amorim L, et al. Prevalence and Characterisation of Patients with Asthma According to Disease Severity in Portugal: Findings from the EPI-ASTHMA Pilot Study. J Asthma Allergy [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 14];15:1441-53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36303890/>

44. Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Guimar S, Alarcão V, et al. National Food, Nutrition, and Physical Activity Survey of the Portuguese General Population (2015-2016): Protocol for Design and Development. JMIR Res Protoc [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2023 Aug 14];7(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29449204/>

45. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Inquérito Serológico Nacional 2015-2016: Doenças Evitáveis por Vacinação [Internet]. Lisboa: INSA IP; 2017 [cited 2023 Aug 14]. Available from: <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/5401>

46. Kuulasmaa K, Tolonen H, Koponen P, Kilpeläinen K, Avdicová M, Broda G, et al. An overview of the European Health Examination Survey Pilot Joint Action. Arch Public Heal 2012 701 [Internet]. 2012 Aug 28 [cited 2023 Aug 14];70(1):1-5. Available from: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/0778-7367-70-20>

47. Merten C, Ferrari P, Bakker M, Boss A, Hearty Á, Leclercq C, et al. Methodological characteristics of the national dietary surveys carried out in the European Union as included in the European Food Safety Authority (EFSA) Comprehensive European Food Consumption Database. Food Addit Contam

Part A Chem Anal Control Expo Risk Assess [Internet]. 2011 [cited 2023 Aug 14];28(8):975-95. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=tfac20>

48. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): relatório metodológico [Internet]. Lisboa: INSA IP, 2016 [cited 2023 Aug 14]. Available from: <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/3832>

49. Administração Regional de Saúde do Algarve, IP. “Sabor sem saleiro à mesa” é a nova campanha de saúde pública da ARS Algarve. ARS Algarve [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://www.arsalgarve.min-saude.pt/noticias/sabor-sem-saleiro-a-mesa-e-a-nova-campanha-de-saude-publica-da-ars-algarve/>

50. Blumberg SJ, Parker JD, Moyer BC. National health interview survey, COVID-19, and online data collection platforms: adaptations, tradeoffs, and new directions. Am J Public Health [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2023 Aug 14];111(12):2167-75. Available from: <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2021.306516>

51. Gentleman JF. The National health interview survey: 50 years and going strong. Chance [Internet]. 2008 [cited 2023 Aug 14];21(2):40-5. Available from: <https://doi.org/10.1080/09332480.2008.10722902>

52. Kim RS, Shankar V. Prevalence estimation by joint use of big data and health survey: a demonstration study using electronic health records in New York city. BMC Med Res Methodol [Internet]. 2020 Apr 6 [cited 2023 Aug 14];20(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32252642/>

53. Wagaw F, Okoro CA, Kim S, Park J, Rachman F. Electronic health records: a demonstration project in two Chicago Health Center Clinics. Prev Chronic Dis. 2018;15:170085.

54. Kruse CS, Stein A, Thomas H, Kaur H. The use of electronic health records to support population health: a systematic review of the literature. J Med Syst [Internet]. 2018 [cited 2023 Aug 14];42(11):214. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10916-018-1075-6>

55. Gaio V, Antunes L, Namorado S, Barreto M, Gil A, Kyslaya I, et al. Prevalence of overweight and obesity in Portugal: Results from the First Portuguese Health Examination Survey (INSEF 2015). Obes Res Clin Pract. 2018 Jan 1;12(1):40-50.

56. Barreto M, Kyslaya I, Gaio V, Rodrigues AP, Santos AJ, Namorado S, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of diabetes in Portugal: Results from the first National Health examination Survey (INSEF 2015). Diabetes Res Clin Pract [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2023 Aug 14];140:271-8. Available from: <http://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168822717318673/fulltext>

57. Machado A, Kislaya I, Santos AJ, Gaio V, Gil AP, Barreto M, et al. Factors associated to repeated influenza vaccination in the Portuguese adults with chronic conditions. *Vaccine*. 2018 Aug 23;36(35):5265-72. doi: 10.1016/j.vaccine.2018.07.041
58. Santos J, Antunes L, Namorado S, Kislaya I, João Santos A, Rodrigues AP, et al. Oral hygiene habits in Portugal: results from the first Health Examination Survey (INSEF 2015). *Acta Odontol Scand* [Internet]. 2019 Jul 4 [cited 2023 Aug 14];77(5):334-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30712422/>
59. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde [Internet]. Lisboa: INSA IP; 2016 [cited 2023 Aug 14]. Available from: <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/4115>
60. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Cuidados Preventivos [Internet]. Lisboa: INSA IP, 2017 [cited 2023 Aug 14]; Available from: www.insa.pt
61. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
62. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian S V. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action* [Internet]. 2015 [cited 2023 Aug 14]; 8:27106. Available from: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27106>
63. Bambra C, Smith KE, Pearce J. Scaling up: The politics of health and place. *Soc Sci Med*. 2019 Jul 1;232:36-42.
64. Sousa-Uva M, Barreto M, Roquette R, Matias-Dias C, Ribeiro R, Manuel Boavida J, et al. Association between area—and individual-level socio-economic factors with glycated haemoglobin—Evidence from a Portuguese population-based study. *Diabet Med* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2023 Aug 14];38(5):e14542. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/dme.14542>
65. van Doorslaer E, Koolman X. Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. *Health Econ* [Internet]. 2004 Jul 1 [cited 2023 Aug 14];13(7):609-28. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hec.918>
66. Conceição SLL. Investigação sobre desigualdades sociais de Saúde em Portugal: Breve panorama a partir de uma revisão da literatura. *Sociol Probl e Prat*. 2019;89:97-113.

67. Direção-Geral da Saúde. Coordenação Técnica da Estratégia e do Plano Nacional de Saúde. Termos de Referência para o Processo de Construção e Implementação do Plano Nacional de Saúde 2021-2030 – Saúde Sustentável: de Tod@s para Tod@s. Lisboa: DGS; 2021.

Sobre os autores

Carlos Matias Dias (Autor Correspondente). Médico especialista em Saúde Pública, Doutor em Saúde Pública na especialidade de epidemiologia, Coordenador do Departamento de Epidemiologia no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Av. Padre Cruz 1640-016 Lisboa, Portugal. Telefone: +351 217526404. E-mail: carlos.dias@insa.min-saude.pt. ORCID: 0000-0002-0206-5874

Marta Barreto. Licenciada em Biologia, Doutora em Biologia, Investigadora Auxiliar do Departamento de Epidemiologia no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Av. Padre Cruz 1640-016 Lisboa, Portugal. Telefone: +351 217526453. E-mail: marta.barreto@insa.min-saude.pt. ORCID: 0000-0001-6464-548X; Ciência vitae: 3613-9A7C-524A

Sónia Namorado. Licenciada em Química, Doutora em Química, Investigadora Auxiliar do Departamento de Epidemiologia no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Av. Padre Cruz, 1640-016 Lisboa, Portugal. Telefone: +351 217526487. E-mail: sonia.namorado@insa.min-saude.pt. ORCID: 0000-0002-7500-8811; Ciência vitae: BC1A-9CB5-AAB1.

Baltazar Nunes. Investigador Auxiliar, Doutor em Probabilidades e Estatística, responsável pela Unidade de Investigação Epidemiológica do Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Av. Padre Cruz 1640-016 Lisboa, Portugal. Telefone: +351 217526487. E-mail: baltazar.nunes@insa.min-saude.pt. ORCID: 0000-0001-6230-7209; Ciência ID: AB11-AD48-A8DF

Mariana Neto. Médica especialista em Saúde Pública e em Medicina do Trabalho, Doutora em Saúde Ambiental e Mestre em Saúde Pública e em Comportamento Organizacional. Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. E-mail: mariana.neto@insa.min-saude.pt. ORCID: 0000-0001-2345-6789. Ciência ID: 9813-E710-BEFA

Mafalda Sousa-Uva. Licenciada em Microbiologia, Doutora em Saúde Pública na especialidade de epidemiologia. Investigadora Auxiliar do Departamento de Epidemiologia no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Av. Padre Cruz, 1640-016 Lisboa, Portugal. Telefone: +351 217526487. E-mail: mafalda.uva@insa.min-saude.pt. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7910-3111>. Ciência ID: A91B-93C6-E4A0

OBESIDADE E DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS NOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA: UMA ANÁLISE DO ESTUDO CARGA GLOBAL DE DOENÇAS, 1990 A 2019

*Obésité et deficiencias nutricionales dans les pays lusophones: analyse de l'étude
sur la charge mondiale de morbidité, 1990 à 2019*

*Obesity and nutritional deficiencies in Portuguese-speaking countries: an analysis
of the Global Burden of Disease study, 1990 to 2019*

Deborah Carvalho Malta

Crizian Saar Gomes

Alanna Gomes da Silva

Elier Broche Cristo

Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo

Guilherme Augusto Veloso

Manuela Mendonça Felício

Mohsen Naghavi

Shirlei Moreira da Costa Faria

Julia Bicas Buba

Paulo Ferrinho

Albano Vicente Lopes Ferreira

Placido Cardoso

Maria da Luz Lima Mendonça

Mohsin Sidat

Fernando Passos Cupertino de Barros

Resumo

Objetivo: analisar a carga de doenças atribuíveis ao Índice de Massa Corporal (IMC) elevado e às deficiências nutricionais na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) e sua associação com o índice sociodemográfico no período de 1990 a 2019.

Métodos: estudo de série temporal, que analisa dados do estudo Carga Global de Doenças. **Resultados:** houve mudanças nutricionais na CPLP ao longo dos anos, apresentando a dupla carga da doença (deficiências nutricionais e excesso de peso ou obesidade). Angola, Moçambique, Guiné-Bissau e Timor-Leste ainda têm números de óbitos, taxas de mortalidade e de anos perdidos por incapacidade mais elevados por desnutrição comparado com o excesso de peso e obesidade. Em Portugal e no Brasil, a transição nutricional encontra-se mais avançada, e a carga de doenças devido ao IMC elevado, embora em declínio, tem maior magnitude. **Conclusão:** o excesso de peso e a obesidade constituem um problema de saúde pública global e têm aumentado também globalmente. Para superar esses dois graves problemas, é necessário políticas públicas de redução da desigualdade social e acesso à alimentação saudável para todos.

Palavras-chave: Obesidade. Índice de Massa Corporal. Deficiências Nutricionais. Transição Nutricional.

Résumé

Objectif: analyser le fardeau des maladies attribuables à un indice de masse corporelle (IMC) élevé et aux carences nutritionnelles dans la Communauté des pays de langue portugaise (CPLP) et son association avec l'indice sociodémographique dans la période de 1990 à 2019. **Méthodes:** étude en série temporelle, qui analyse les données de l'étude Global Burden of Disease. **Résultats:** des changements nutritionnels se sont produits dans les CPLP au fil des années, présentant le double fardeau de la maladie (carences nutritionnelles et surpoids ou obésité). L'Angola, le Mozambique, la Guinée-Bissau et le Timor-Leste affichent toujours un nombre de décès, des taux de mortalité et des années perdues plus élevés en raison du handicap dû à la malnutrition qu'au surpoids et à l'obésité. Au Portugal et au Brésil, la transition nutritionnelle est plus avancée et le fardeau des maladies dues à un IMC élevé, bien qu'en baisse, est plus important. **Conclusion:** le surpoids et l'obésité constituent un problème de santé publique mondial et ont également augmenté à l'échelle mondiale. Pour surmonter ces deux problèmes graves, des politiques publiques sont nécessaires pour réduire les inégalités sociales et assurer l'accès de tous à une alimentation saine.

Mots-clés: Obésité. Indice de Masse Corporelle. Déficiences Nutritionnelles. Transition Nutritionnelle.

Abstract

Objective: to analyze the burden of diseases attributable to high Body Mass Index (BMI) and nutritional deficiencies in the Community of Portuguese Speaking Countries (CPLP) and its association with the sociodemographic index in the period from 1990 to 2019.

Methods: series study temporal, which analyzes data from the Global Burden of Disease study.

Results: there have been nutritional changes in CPLP over the years, presenting the double burden of the disease (nutritional deficiencies and overweight or obesity). Angola, Mozambique, Guinea-Bissau, and Timor-Leste still have higher numbers of deaths, mortality rates and years lost due to disability due to malnutrition compared to overweight and obesity. In Portugal and Brazil, the nutritional transition is more advanced, and the burden of diseases due to high BMI, although declining, is greater in magnitude.

Conclusion: overweight and obesity are a global public health problem and have also increased globally. To overcome these two serious problems, public policies are needed to reduce social inequality and access to healthy food for all.

Keywords: Obesity. Body Mass Index. Nutritional Deficiencies. Nutritional Transition.

1. Introdução

A dupla carga de má nutrição consiste na coexistência de deficiências nutricionais (que incluem a desnutrição proteica calórica e as deficiências de micronutrientes) e sobrepeso ou obesidade¹. Aproximadamente 2,28 bilhões de crianças e adultos estão acima do peso, e mais de 150 milhões de crianças estão desnutridas^{2,3}.

O impacto das deficiências nutricionais nas últimas quatro a cinco décadas afetará a saúde global por muitos anos futuros visto que a desnutrição na infância e até mesmo intraútero está relacionada com o desenvolvimento de aumento do excesso de peso, da gordura visceral e das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no futuro^{4,5}. Assim, a dupla carga de má nutrição afeta países, famílias e indivíduos. Por isso a importância em compreender as dimensões do problema, das suas causas, consequências e possíveis soluções^{6,7}.

Embora quase todos os países tenham apresentado declínios no baixo crescimento infantil, observou-se um aumento do excesso de peso, em especial, entre as mulheres¹. A isso, somam-se as taxas crescentes de sobrepeso e obesidade entre pessoas mais vulneráveis na maioria dos países, em particular, na América Latina, na Ásia Central e no Leste Asiático (liderados por China e Indonésia). Em contraste,

a África Subsaariana e o Sul da Ásia apresentam os maiores aumentos na prevalência de sobrepeso e obesidade entre as famílias de maior riqueza¹. Ademais, observa-se um crescimento do sobrepeso e da obesidade rural^{8,9}. Isso corresponde a um grande desafio para a saúde pública, pois o aumento do excesso de peso aumenta a carga de doenças.

O aumento do consumo de alimentos ultraprocessados em países de baixa e média renda^{10,11}, os quais são ricos em carboidratos, gordura, açúcar e sal, e são relativamente baratos e prontos para consumo, tem sido o principal responsável pelo aumento do excesso de peso, da obesidade e das DCNT¹². Estudo randomizado, conduzido por uma equipe do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos, mostrou que adultos com peso normal perderam 0,9 quilo em duas semanas quando alimentados com uma dieta adequada e ganharam 2,1 quilos quando alimentados com uma dieta composta por alimentos ultraprocessados, evidenciando o potencial obesogênico desses alimentos¹³.

Essa nova realidade nutricional exige diferentes abordagens na implementação de programas e políticas para acelerar o progresso, visando melhorar a nutrição globalmente.

Esse tema se torna ainda mais oportuno em função da Década de Ação sobre Nutrição da ONU¹³ e dos ODS que ampliam o enfoque para os dois lados da má nutrição: sobrepeso/obesidade e deficiências nutricionais^{14,15}.

Nesse contexto, analisar os efeitos da má nutrição na CPLP torna-se muito importante para compreender os efeitos na carga de doenças e, assim, apoiar políticas públicas nesses países. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo analisar a carga de doenças atribuíveis ao Índice de Massa Corporal (IMC) elevado e às deficiências nutricionais na CPLP e sua associação com o índice sociodemográfico no período de 1990 a 2019.

2. Desenvolvimento

2.1 Métodos

Estudo de série temporal, que analisa dados do estudo GBD do IHME¹⁶. O estudo GBD usa várias fontes de dados de países, incluindo sistemas de informações sobre mortalidade, registros vitais, pesquisas epidemiológicas sobre fatores de risco, que estão disponíveis no *site* do IHME¹⁶. Fontes de dados e métodos são descritos com mais detalhes em outros estudos¹⁷.

As deficiências nutricionais analisadas incluíram baixo peso ao nascer e gestação curta, desnutrição infantil, amamentação subótima, deficiência de ferro, deficiência de Vitamina A e deficiência de zinco¹⁶. O IMC elevado foi medido pelo IMC e definido como IMC maior que 20-25 kg/m² (para adultos). O IMC elevado para crianças (de 1 a 19 anos) é definido como sobrepeso ou obesidade com base nos padrões da International Obesity Task Force standards¹⁸.

Para calcular a carga atribuível ao IMC elevado e às deficiências nutricionais, o GBD segue a estrutura estabelecida para Avaliação de Risco Comparado (CRA), que segue cinco etapas principais: 1) estimar o nível de exposição por meio das fontes disponíveis; 2) identificar os pares de atores de risco e seus desfechos de acordo com as evidências disponíveis; 3) calcular os riscos relativos em termos de exposição; 4) estimar o nível mínimo de risco teórico de exposição (Theoretical Minimum Risk Exposure Level – TMREL); e 5) estimar o Fator Atribuível Populacional (FAP), ou a proporção que seria evitada na população, caso o fator de risco fosse eliminado¹⁶.

O estudo analisou número absoluto de óbitos, taxa de mortalidade padronizada por idade e de Disability-Adjusted Life Year (DALY) (anos perdidos por incapacidade e morte prematura) atribuíveis ao IMC elevado e às deficiências nutricionais, no período de 1990 a 2019, para a CPLP e o percentual de mudanças no período.

Também foi analisada a relação entre o índice sociodemográfico (Sociodemographic Index – SDI) e a taxa de mortalidade atribuível ao IMC elevado e às deficiências nutricionais em 2019. O SDI é um indicador composto do *status* de desenvolvimento de país e resulta do cálculo baseado na taxa de fecundidade total entre as mulheres com menos de 25 anos, nível educacional para aquelas com 15 anos ou mais e renda per capita^{19,20}. O SDI varia de 0 a 1, em que 0 representa o nível mínimo de desenvolvimento e 1 representa o nível máximo de desenvolvimento.

O estudo GBD Brasil foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG (CAAE—62803316.7.0000.5149).

2.2 Resultados

A tabela 1 apresenta a carga de doença atribuídas ao IMC elevado e às deficiências nutricionais para a CPLP em 1990 e 2019.

Tabela 1. Número de óbitos, taxas de mortalidade e de DALY devido às deficiências nutricionais e ao IMC elevado (≥ 25 kg/m²) e percentual de mudança (PC) na CPLP, 1990 e 2019

País	Fator de Risco	Número de mortes			Taxa padronizada de mortalidade 100,000 habitantes			Taxa padronizada de DALY 100,000 habitantes		
		1990	2019	PC	1990	2019	PC	1990	2019	PC
Angola	Deficiências nutricionais	68139	29.962	-56,0	363,9	67,3	-81,5	28942	5600	-80,7
	IMC elevado	1158	6981	503,0	29,3	62,9	114,8	861	1900	120,6
Brasil	Deficiências nutricionais	142367	35660	-75,0	89,9	22,3	-75,1	8096	2242	-72,3
	IMC elevado	74266	177.940	139,6	84,4	76,2	-9,7	2569	2405	-6,4
Cabo Verde	Deficiências nutricionais	507	110	-78,3	92,0	21,6	-76,5	8577	2404	-72,0
	IMC elevado	74	342	364,7	32,8	81,3	148,0	1037	2376	129,1
Guiné Equatorial	Deficiências nutricionais	2214	554	-75,0	251,5	33,9	-86,5	20940	3151	-85,0
	IMC elevado	77	506	557,3	38,5	118,7	208,1	1138	3150	176,9
Guiné-Bissau	Deficiências nutricionais	5594	2649	-52,6	297,3	96,7	-67,5	25220	8762	-65,3
	IMC elevado	217	619	184,9	52,0	81,9	57,5	1573	2497	58,7
Moçambique	Deficiências nutricionais	69631	33117	-52,4	304,6	74,3	-75,6	25186	6309	-74,9
	IMC elevado	1463	7744	429,3	24,9	69,7	180,4	719	2106	193,1
Portugal	Deficiências nutricionais	738	212	-71,2	12,5	2,6	-78,8	1295	406	-68,6
	IMC elevado	8234	10091	22,6	61,0	38,1	-37,5	1686	1270	-24,7
São Tomé e Príncipe	Deficiências nutricionais	284	60	-79,1	139,6	29,3	-79,0	12366	2916	-76,4
	IMC elevado	33	98	199,1	52,8	96,1	82,0	1562	2829	81,1
Timor-Leste	Deficiências nutricionais	3131	788	-74,9	237,4	48,8	-79,4	18471	4299	-76,7
	IMC elevado	52	259	393,2	17,5	31,6	80,2	544	1022	88,0

Em Angola, o número de óbitos por desnutrição reduziu em 56% (68.139 óbitos em 1990 e 29.962 em 2019); as taxas de mortalidade (363,9/100.000 hab. em 1990 e 67,3/100.000 hab. em 2019) e de DALY (28.942 por 100.000 habitantes em 1990 e 5.600 por 100.000 hab. em 2019) reduziram em torno de 80%. O número de óbitos por

IMC elevado aumentou de 1.158 óbitos em 1990 para 6.981 em 2019 (503%). Houve também aumento da taxa de mortalidade (114,8%) e de DALY (120%) (tabela 1).

No Brasil, o número de óbitos (142.367 em 1990 e 35.660 em 2019), a taxa de mortalidade (89,9/100.000 hab. em 1990 e 22,3/100.000 hab. em 2019) e de DALY (8.096 por 100.000 habitantes em 1990 e 2.242 por 100.000 hab. em 2019) atribuíveis às deficiências nutricionais reduziram em torno de 70%. O número de óbitos por IMC elevado aumentou 139% (74.266 óbitos em 1990 para 177.940 em 2019). No entanto, observa-se redução nas taxas de mortalidade (-9,7%) e de DALY (-6,4%) (tabela 1).

Em Cabo Verde, observa-se redução no número de óbitos (-78,3%), na taxa de mortalidade (-76,5%) e na taxa de DALY (-72%) por deficiências nutricionais entre 1990 e 2019. Por outro lado, verifica-se aumento da carga de doenças atribuíveis ao IMC elevado, sendo 364% para o número de óbitos, 148% para taxa de mortalidade e 129,1% para taxa de DALY (tabela 1).

Em Guiné Equatorial, os óbitos por deficiências nutricionais reduziram 75%, atingindo 554 óbitos em 2019. A redução ocorreu igualmente nas taxas de mortalidade (-86,5%) e de DALY (-85%). A taxa de mortalidade por IMC elevado aumentou em 208,1%. A taxa de DALY e o número de óbitos também reduziram em 176,9% e 557,3% respectivamente (tabela 1).

Para Guiné-Bissau, houve redução do número de óbitos (-52,6%), das taxas de mortalidade (-67,5%) e de DALY (-65,3%) atribuíveis às deficiências nutricionais. Quanto ao IMC elevado, houve aumento superior a 50% no número de óbitos, taxa de mortalidade e taxa de DALY (tabela 1).

Em Moçambique, o número de óbitos por deficiências nutricionais reduziu em 52,4% (69.631 óbitos em 1990 e 33.117 em 2019), a taxa de mortalidade (304,6/100.000 hab. em 1990 e 74,3/100.000 hab. em 2019) e a taxa de DALY reduziram em torno de 74%. O número de óbitos, as taxas de mortalidade e de DALY por IMC elevado aumentaram 429,3%, 180% e 193% respectivamente.

Em Portugal, o número de óbitos por deficiências nutricionais teve uma redução de -71,2%, igualmente se observando em relação às taxas de mortalidade e de DALY, com uma redução, respectivamente, de -78,8% e -68,6% no período considerado. Os óbitos por IMC elevado aumentaram em 22,6%, atingindo 10.091 óbitos em 2019. Entretanto, as taxas de mortalidade e de DALY indicam redução de -37,5% e -24,7%, respectivamente, no período (tabela 1).

Em São Tomé e Príncipe e Timor-Leste, houve redução no número de mortes (-79,1% e -74,9%), na taxa de mortalidade (-79% e 79,4%) e taxa de DALY (-76,4% e -76,7%) atribuíveis às deficiências nutricionais respectivamente. No que se refere à carga de doenças por IMC elevado, verifica-se aumento em todas as métricas (tabela 1).

A figura 1 apresenta as tendências temporais das métricas relacionadas com a carga de doenças atribuíveis às deficiências nutricionais e à obesidade nos países da CPLP, segundo o sexo, de 1990 a 2019.

Figura 1A. Número de óbitos atribuíveis às deficiências nutricionais e ao IMC elevado na CPLP, 1990 a 2019

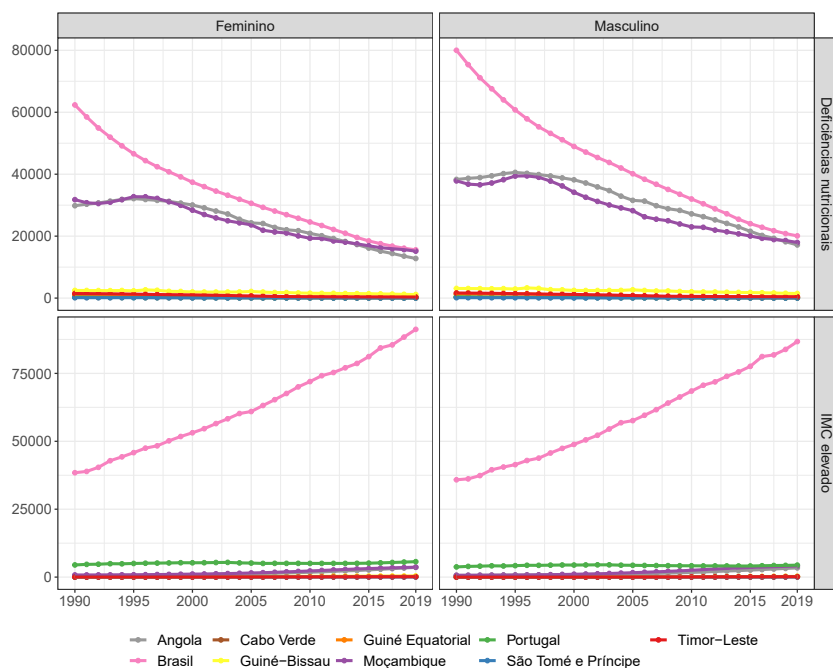


Figura 1B. Taxas de mortalidade atribuível às deficiências nutricionais e ao IMC elevado na CPLP, 1990 a 2019

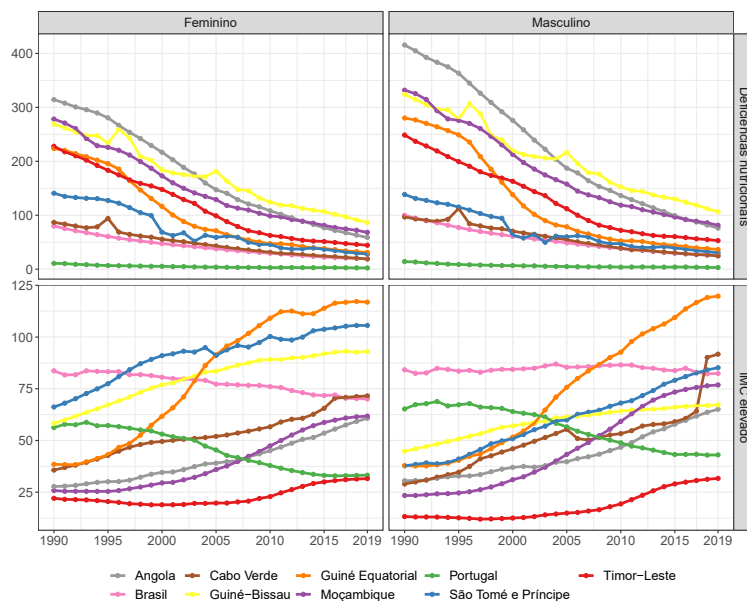
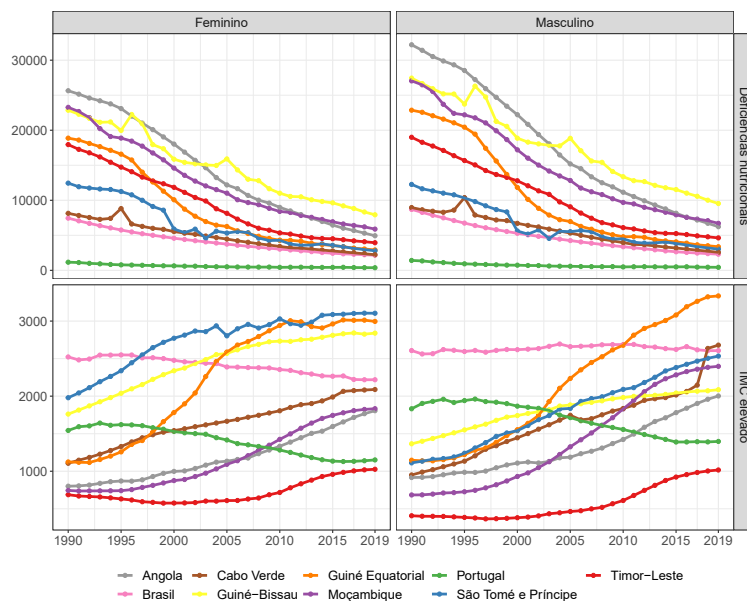


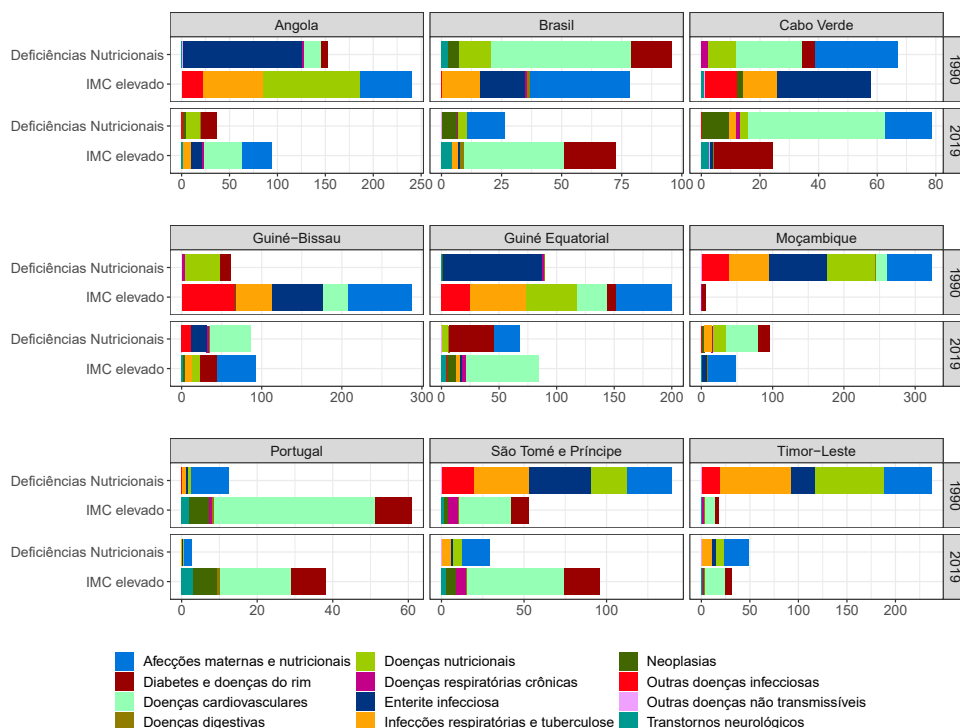
Figura 1C. Taxas de DALY atribuíveis às deficiências nutricionais e ao IMC elevado na CPLP, 1990 a 2019



O número de óbitos por deficiências nutricionais declinou em todos os países e em ambos os sexos, com destaque para Brasil, Angola e Moçambique (figura 1A). As taxas de mortalidade atribuível às deficiências nutricionais em ambos os sexos declinaram em todos os países. Eram mais elevadas (200 a 300/100.000 hab.) em 1990 em Angola, Moçambique, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Timor-Leste, São Tomé e Príncipe, e tiveram declínios maiores que 50% no período. As taxas mais baixas no período foram em Portugal e no Brasil (figura 1B). As taxas de DALY atribuíveis às desnutrições apresentam a mesma tendência temporal das taxas de mortalidade (figura 1C).

As taxas de mortalidade atribuível ao IMC elevado tenderam a aumentar na maioria dos países em ambos os sexos, e ainda mais elevadas entre as mulheres. Apenas em Portugal e no Brasil, ocorreram declínios das taxas de morte atribuíveis a obesidade. Nas mulheres, foram mais elevadas, em 2019, em Guiné Equatorial, São Tomé e Príncipe, Guiné-Bissau, Cabo Verde, Moçambique, Angola e Timor-Leste. Em homens, as tendências foram semelhantes às mulheres nos países (figura 1B). Para as taxas de DALY atribuíveis ao IMC elevado, houve declínio em Portugal e no Brasil (figura 1C).

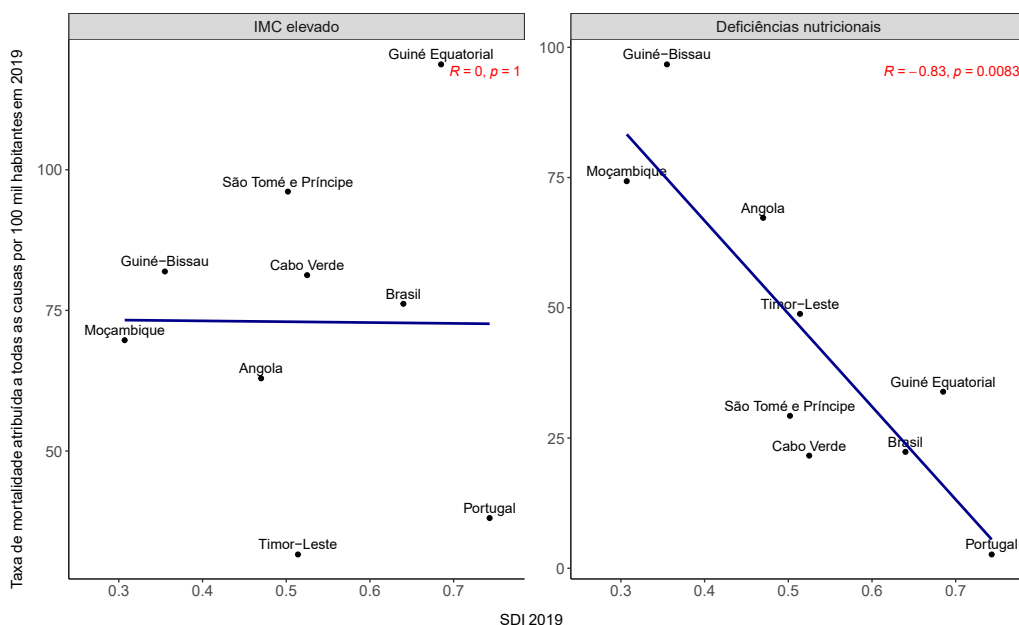
Figura 2. Taxas de mortalidade por causas atribuíveis às deficiências nutricionais e ao IMC elevado na CPLP, 1990 e 2019



No Brasil, o IMC elevado é o principal fator de risco para as seguintes causas de mortalidade: câncer de cólon e reto, diabetes mellitus (14,5/100.000 hab); doença cardíaca isquêmica (19,1/100.000 hab); câncer de rins, leucemia, câncer de fígado, mieloma múltiplo, linfoma não Hodgkin, câncer do ovário, câncer de pâncreas e acidente vascular cerebral (14,6/100.000 hab); asma, fibrilação atrial e vibração, câncer de mama, doença renal crônica (7,1/100.000 hab); câncer de esôfago, vesícula biliar e doenças biliares e câncer de trato biliar, doença cardíaca hipertensiva (6,7/100.000 hab); Alzheimer e outras demências (4,4/100.000 hab). As principais causas de morte por desnutrição no Brasil foram: doenças diarreicas, encefalite, infecções respiratórias inferiores, distúrbios maternos, desordens neonatais (15,3/100.000), desnutrição proteica calórica (3,7/100.000 hab) (Figura 2).

Ao analisar a associação entre as taxas de mortalidade por deficiências nutricionais e o SDI, verifica-se forte correlação ($R = -0,83$, $p < 0,0083$). Embora todos os países apresentem declínio das taxas de mortalidade devido às deficiências nutricionais, as taxas são mais elevadas em países com baixo SDI (Guiné-Bissau, Moçambique e Angola) e mais baixas em países com alto SDI (Portugal e Brasil) (figura 3). Não se encontrou associação entre SDI e taxas de mortalidade atribuível ao IMC elevado. Todos os países apresentaram taxas elevadas, independentemente do SDI, exceto Portugal (menores taxas e SDI alto) e Timor-Leste (taxas menores e SDI baixo) (figura 3).

Figura 3. Correlação entre SDI e taxas de mortalidade devido às deficiências nutricionais e ao IMC elevado na CPLP, 2019



2.3 Discussão

A situação da CPLP em relação a dupla carga de má nutrição é heterogênea. As taxas de mortalidade e de DALY devido às deficiências nutricionais diminuíram entre 1990 e 2019, e as taxas de mortalidade e de DALY relacionadas com o IMC elevado tenderam na direção oposta na maioria dos países, exceto em Portugal e no Brasil. Observaram-se variações consideráveis na carga de doenças pela dupla carga de má nutrição entre países, com taxas mais elevadas de mortalidade por deficiências nutricionais em países como Moçambique, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Angola e Timor-Leste; enquanto a carga devido ao IMC elevado predominou em Portugal, Brasil, Cabo-verde e São Tomé e Príncipe. O aumento da carga de doenças relacionadas com o IMC elevado ocorreu em todos os países, bem como o aumento das taxas de mortalidade por DCNT em decorrência da obesidade.

O excesso de peso e a obesidade constituem um problema de saúde pública global e têm aumentado mundialmente. A etiologia do excesso de peso e obesidade é multifatorial, contudo, pode ser atribuída principalmente a um desequilíbrio energético entre as calorias consumidas e as calorias gastas, ocasionado pelo aumento da ingestão de alimentos ultraprocessados e ricos em gorduras, que apresentam alta densidade energética, preços reduzidos e alta palatabilidade, ampliando cada vez mais o mercado, tanto em países de baixa renda como de elevada renda, bem como pela inatividade física^{1,21}.

Estudos em duas grandes coortes europeias mostraram uma forte relação positiva entre alimentos ultraprocessados e doenças cardiovasculares e mortalidade^{20,22}. Em contrapartida, existem menos evidências sobre o papel dos alimentos ultraprocessados no aumento e manutenção da desnutrição. Contudo, estudos mostram que os alimentos ultraprocessados durante os primeiros mil dias de vida têm aumentado, e isso representa um novo e provável contribuinte para o retardo de crescimento²³⁻²⁶, perpetuando, assim, a dupla carga de deficiências nutricionais.

Este estudo evidenciou a correlação entre as deficiências nutricionais e SDI com taxas de mortalidade elevadas em países com SDI baixo. O SDI é uma medida composta por renda per capita, taxas de fecundidade e escolaridade, sendo que todas essas três dimensões estão relacionadas com a desnutrição²⁷.

Não foram encontradas associações entre IMC elevado e SDI, o que pode ser explicado pelos diferentes estágios da transição nutricional entre os países¹. Em um estudo que também utilizou os dados do GBD para 204 países mostrou que regiões com baixo e médio SDI, com rápido desenvolvimento e crescimento tiveram reduções acentuadas na desnutrição acompanhadas por aumento acentuado da obesidade¹⁷. Por outro

lado, as regiões com SDI médio-alto mostram progressão para a transição nutricional no estágio, observando-se mudança comportamental positiva com maior conscientização e adesão a dietas balanceadas, combinadas com estilos de vida mais ativos que ajudam a combater a obesidade^{1,28}.

Dentre os limites do estudo, destaca-se que os dados analisados não incluem o período da pandemia, quando ocorreu uma piora do estado nutricional. No Brasil, dados do II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar²⁹ apontaram que, em 2022, a fome chegou a atingir 33,1 milhões de pessoas, além de 125,2 milhões vivendo em insegurança alimentar³⁰. Os dados aqui analisados, portanto, podem ter se agravado com a pandemia. Ressalta-se, ainda, a dificuldade de obtenção de informações locais e de bases de dados disponíveis para todos os países e todos os indicadores. O GBD oferece uma plataforma única e oportuna para monitorar os ODS relacionados com a saúde em todas as dimensões demográficas e geográficas. Destaca-se a importância de avançar na coleta e análise de dados desagregados, para apoiar o planejamento em saúde, direcionamento para a definição de intervenções prioritárias que podem acelerar o progresso dos ODS³⁰. O GBD calcula os indicadores para todos os países, a partir dos dados disponíveis em cada localidade, entretanto, na indisponibilidade de sistemas de informação e de dados locais, são tomados dados da sub-região e da região para realizar as estimativas locais. Outrossim, os avanços nos sistemas de coleta de dados dos países certamente contribuirão para o aprimoramento das estimativas.

3. Conclusão

Houve mudanças nutricionais na CPLP ao longo dos anos, apresentando a dupla carga da doença (deficiências nutricionais e excesso de peso ou obesidade). Contudo, houve heterogeneidade entre os países. Angola, Moçambique, Guiné-Bissau e Timor-Leste ainda têm números de óbitos, taxas de mortalidade e de DALY mais elevados por desnutrição comparados com o excesso de peso e a obesidade. Em Portugal e no Brasil, a transição nutricional encontra-se mais avançada, e a carga de doenças devido ao IMC elevado, embora em declínio, tem maior magnitude.

O excesso de peso e as deficiências nutricionais são resultados do excesso e da escassez de alimentos respectivamente. Para superar esses dois graves problemas, é necessário políticas públicas de redução da desigualdade social e acesso à alimentação saudável para todos. Para o aumento do acesso aos alimentos saudáveis, torna-se fundamental o incremento da produção e da redução de custos de alimentos como: frutas, legumes e hortaliças. É essencial avançar em medidas para taxação de alimentos ultraprocessados, como bebidas açucaradas, guloseimas, macarrão instantâneo e

outros. É importante, ainda, avançar em políticas de rotulagem dos alimentos, e acesso a alimentos saudáveis em escolas, creches, além de campanhas educativas sobre alimentos saudáveis e atividade física.

Referências

1. Popkin BM, Corvalan C, Grummer-Strawn LM. Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. *Lancet*. 2020;395(10217):65-74. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32497-3
2. International Food Policy Research Institute. Global Food Policy Report-2017. Washington: IFPRI; 2017.
3. Food and Agriculture Organization of the United Nations. The state of food security and nutrition in the world: Building climate resilience for food security and nutrition. Rome: FAO; 2018.
4. Adair LS, Fall CH, Osmond C, Stein AD, Martorell R, Ramirez-Zea M et al. Associations of linear growth and relative weight gain during early life with adult health and human capital in countries of low and middle income: findings from five birth cohort studies. *Lancet*. 2013;382(9891):525-34. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60103-8
5. Wells JC, Sawaya AL, Wibaek R, Mwangome M, Poullas MS, Yajnik CS, et al. The double burden of malnutrition: aetiological pathways and consequences for health. *Lancet*. 2020;395(10217):75-88. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32472-9.
6. Victora CG, Rivera J. Optimal child growth and the double burden of malnutrition: research and programmatic implications. *Am J Clin Nutr*. 2014;100(6):1611S-2S. doi: 10.3945/ajcn.114.084475
7. Global Nutrition Report. 2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition [Internet]. Bristol: UK: Development Initiatives; 2018 [cited 2023 ago 28]. Available from: healtheeducationresources.unesco.org/library/documents/2021-global-nutrition-r.
8. NCD Risk Factor Collaboration. Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults. *Nature*. 2019;569:260-64. doi: 10.1038/s41586-019-1171-x
9. Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, Castro IRR, Cannon G. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. *Public Health Nutr*. 2011;14(1):5-13. doi: 10.1017/S1368980010003241

10. Monteiro CA, Moubarac JC, Cannon G, Ng SW, Popkin B. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. *Obes Rev.* 2013;14(S2):21-8. doi: 10.1111/obr.12107. doi: 10.1111/obr.12107
11. Poti JM, Mendez MA, Ng SW, Popkin BM. Is the degree of food processing and convenience linked with the nutritional quality of foods purchased by US households? *Am J Clin Nutr.* 2015;99(1):62-71. doi: 10.3945/ajcn.114.100925
12. Hall KD, Ayuketah A, Brychta R, Cai H, Cassimatis T, Chen KY, et al. Ultra-processed diets cause excess calorie intake and weight gain: An inpatient randomized controlled trial of ad libitum food intake. *Cell Metab.* 2019;30(1):67-77. doi: 10.1016/j.cmet.2019.05.008
13. World Health Organization. United Nations Decade of Action. 2016-2025. Geneva: WHO; 2016.
14. Nilsson M, Griggs D, Visbeck M. Policy: map the interactions between Sustainable Development Goals. *Nature News.* 2016; 534(7607):320-2. doi: 10.1038/534320a
15. United Nations Children’s Fund. Implementing taxes on sugar-sweetened beverages: An overview of current approaches and the potential benefits for children. 2019. Geneva: WHO; 2019.
16. The Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease. Washington: GDB, 2023.
17. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2020;396(10258):1223-49. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30752-2
18. Vos N, Oussaada SM, Cooiman MI, Kleinendorst L, Ter Horst KW, Hazebroek EJ, et al. Bariatric surgery for monogenic non-syndromic and syndromic obesity disorders. *Curr Diab Rep.* 2020;20(9):44. doi: 10.1007/s11892-020-01327-7.
19. GBD 2017. Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2018;392(10159):1736-88. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32152-9
20. Rico-Campà A, Martínez-González MA, Alvarez-Alvarez I, Mendonça RD, Fuente-Arrillaga C, Gomez-Donoso C. Association between consumption of ultra-processed foods and all cause mortality: SUN prospective cohort study. *BMJ.* 2019;365:1949. doi: 10.1136/bmj.l1949
21. Meldrum DR, Morris MA, Gambone JC. Obesity pandemic: causes, consequences, and solutions-but do we have the will? *Fertil Steril.* 2017;107(4):833-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.02.104.

22. Srour B, Fezeu LK, Kesse-Guyot E, Allès B, Méjean C, Andrianasolo RM, et al. Ultra-processed food intake and risk of cardiovascular disease: prospective cohort study (NutriNet-Santé). *BMJ*. 2019;365:1451. doi: 10.1136/bmj.l1451
23. Pries A, Filteau S, Ferguson E. Snack food and beverage consumption and young child nutrition in low- and middle-income countries: a systematic review. *Matern Child Nutr*. 2019;15(S4):e12729. doi: 10.1111/mcn.12729
24. Pries AM, Rehman AM, Filteau S, Sharma N, Upadhyay A, Ferguson EL. Unhealthy snack food and beverage consumption is associated with lower dietary adequacy and length-for-age z-scores among 12–23-month-olds in Kathmandu Valley, Nepal. *J Nutr*. 2019;184:3–51. doi: <https://doi.org/10.1093/jn/nxz140>
25. Pries AM, Huffman SL, Adhikary I, Upreti SR, Dhungel S, Champeny M, et al. High consumption of commercial food products among children less than 24 months of age and product promotion in Kathmandu Valley, Nepal. *Matern Child Nutr*. 2016;12(Suppl 2):22–37. Doi: 10.1111/mcn.12267
26. Feeley AB, Ndeye Coly A, Sy Gueye NY, Diop EI, Pries AM, Champeny M, et al. Promotion and consumption of commercially produced foods among children: situation analysis in an urban setting in Senegal. *Matern Child Nutr*. 2016;12(S2):64–76. doi: 10.1111/mcn.12304
27. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Socio-Demographic Index (SDI) 1950–2019. Available from: <https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2019-socio-demographic-index-sdi-1950-2019>
28. Popkin BM. An overview on the nutrition transition and its health implications: the Bellagio meeting. *Public Health Nutr*. 2002;5(1A):93–103. doi: 10.1079/phn2001280
29. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar – PENSSAN . II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil [livro eletrônico]: II VIGISAN: relatório final. São Paulo, SP: Fundação Friedrich Ebert: Rede PENSSAN, 2022. ISBN 978-65-87504-50-6. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>
30. Nações Unidas (ONU). Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs#:~:text=Os%20objetivos%20de%20desenvolvimento%20sustent%C3%A1vel%20s%C3%A3o%20um%20apelo%20global%20%C3%A0,de%20paz%20e%20de%20prosperidade.>

Sobre os autores

Deborah Carvalho Malta. Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belo Horizonte (MG), Brasil. ORCID: 0000-0002-8214-5734

Crizian Saar Gomes. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil. ORCID: 0000-0001-6586-4561

Alanna Gomes da Silva. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belo Horizonte (MG), Brasil. ORCID: 0000-0003-2587-5658

Elier Broche Cristo. Secretária de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília (DF), Brasil. Email: elierbc@gmail.com. ORCID: 0000-0003-2233-1313

Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo. Doutora em Ciências. Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina, Belo Horizonte (MG), Brasil. ORCID: 0000-0003-1263-1646

Guilherme Augusto Veloso. Doutor em Estatística. Universidade Federal Fluminense: Niterói (RJ), Brasil. ORCID: 0000-0002-5348-3793

Manuela Mendonça Felício. Médica especialista em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte e Direção-Geral da Saúde (Plano Nacional de Saúde 2030), Porto, Portugal. ORCID: 0000-0003-4282-6700

Mohsen Naghavi. Doutor em Epidemiologia. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) at the University of Washington. ORCID: 0000-0003-3691-1458

Shirlei Moreira da Costa Faria. Especialista em Enfermagem na Saúde Pública com Ênfase em Vigilância em Saúde. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil. ORCID: 0000-0002-7901-4098

Julia Bicas Buba. Graduanda em medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil. ORCID: 0000-0002-8292-7015

Paulo Ferrinho. Doutor em Saúde Pública. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal. ORCID: 0000-0002-3722-0803

Albano Vicente Lopes Ferreira. Doutor. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte (MG), Brasil. ORCID: 0000-0002-2740-0042

Plácido Cardoso. Mestre em Saúde Internacional, Ministério da Saúde Pública, Guiné-Bissau. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4326-8675>

Maria da Luz Lima Mendonça. Mestra em Saúde de Desenvolvimento, Departamento de Ciência, Inovação e Formação – Instituto Nacional de Saúde Pública de Cabo Verde. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0008-959X>

Mohsin Sidat. Doutor, Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, Mozambique. ORCID: 0000-0002-8378-2014

Fernando Passos Cupertino de Barros. *Doutor em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Goiás (GO), Brasil. ORCID: 0000-0003-1188-7973*

Autor de correspondência:

Deborah Carvalho Malta

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 30130-100 – Tel: + 55 31 3409 9862 – Fax: + 55 31 3409 9860 – E-mail: dcmalta@uol.com.br.

DESAFIOS DA COBERTURA VACINAL NO BRASIL: *FAKE NEWS* E DESIGUALDADES

Les défis de la couverture vaccinale au Brésil : fausses nouvelles et inégalités

Challenges of Vaccination Coverage in Brazil: Fake News and Inequalities

Tércia Moreira Ribeiro da Silva
Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá

Resumo

Objetivo: discutir, a partir das evidências, os desafios da cobertura vacinal associados às *fake news* e as desigualdades no Brasil. **Métodos:** revisão narrativa de literatura, entre 1975 e 2023. Para extração das publicações sobre vacinação, *fake news*, desinformações, redes sociais e desigualdades, utilizaram-se as seguintes fontes: Scientific Electronic Library Online, Biblioteca Virtual em Saúde, National Library of Medicine, legislação federal, políticas públicas, portarias do Ministério da Saúde. **Resultados:** foram levantadas 33 publicações. As evidências destacam um cenário de baixas coberturas vacinais no Brasil, especialmente a partir de 2016, agravado durante a pandemia de covid-19. Esse quadro reflete a disseminação de informações imprecisas sobre vacinas, que levam ao conhecimento inadequado e influenciam atitudes por meio da internalização de crenças, resultando em hesitação vacinal. Desafios adicionais incluem: desigualdades regionais, com piores indicadores de vacinação nas regiões Norte e Nordeste; desconhecimento da importância da vacinação; questões operacionais como registros inadequados, desabastecimento de imunobiológicos; precarização da estrutura física, material e de recursos humanos da Atenção Primária à Saúde. **Conclusão:** a desinformação e as desigualdades no Brasil contribuem para a hesitação vacinal. Políticas públicas eficazes são cruciais para combater a infodemia e reduzir disparidades, fortalecendo a confiança na vacinação e promovendo equidade na cobertura vacinal.

Palavras-chave: Desinformação. Disparidades nos Níveis de Saúde. Hesitação Vacinal. Cobertura Vacinal. Brasil.

Résumé

Objectif: discuter, sur la base de preuves, les défis de la couverture vaccinale associés aux fausses nouvelles et aux inégalités au Brésil. **Méthodes:** Revue de la littérature narrative, entre 1975 et 2023. Pour extraire les publications sur la vaccination, les fausses nouvelles, la désinformation, les réseaux sociaux et les inégalités, la Bibliothèque électronique scientifique en ligne, la Bibliothèque virtuelle de santé, la Bibliothèque nationale de médecine, la Législation fédérale, les politiques publiques., Ordonnances du ministère de la Santé. **Résultats:** 33 publications ont été collectées. Les données mettent en évidence un scénario de faible couverture vaccinale au Brésil, surtout depuis 2016, aggravé pendant la pandémie de COVID-19. Cette situation reflète la diffusion d'informations inexacts sur les vaccins, qui conduisent à des connaissances insuffisantes et influencent les attitudes par l'intériorisation des croyances, entraînant une hésitation face à la vaccination. D'autres défis incluent les inégalités régionales, avec des indicateurs de vaccination plus mauvais dans les régions du Nord et du Nord-Est, le manque

de connaissances sur l'importance de la vaccination, des problèmes opérationnels tels que des dossiers inadéquats, des pénuries de produits immunobiologiques, la précarité de la structure des ressources physiques, matérielles et humaines des soins de santé primaires. Se soucier. **Conclusion:** la désinformation et les inégalités au Brésil contribuent à l'hésitation à la vaccination. Des politiques publiques efficaces sont essentielles pour lutter contre l'infodémie et réduire les disparités, en renforçant la confiance dans la vaccination et en promouvant l'équité dans la couverture vaccinale.

Mots-clés: Désinformation. Disparités dans les niveaux de santé. Hésitation à la vaccination. Couverture vaccinale. Brésil.

Abstract

Objective: to discuss, based on evidence, the challenges of vaccination coverage associated with fake news and inequalities in Brazil. **Methods:** Narrative literature review, between 1975 and 2023. To extract publications on vaccination, fake news, misinformation, social networks and inequalities, the Scientific Electronic Library Online, Virtual Health Library (VHL), National Library of Medicine, Federal Legislation, Public Policies, Ministry of Health Ordinances. **Results:** 33 publications were collected. The evidence highlights a scenario of low vaccination coverage in Brazil, especially since 2016, worsened during the COVID-19 pandemic. This situation reflects the dissemination of inaccurate information about vaccines, which leads to inadequate knowledge and influences attitudes through the internalization of beliefs, resulting in vaccine hesitancy. Additional challenges include regional inequalities, with worse vaccination indicators in the North and Northeast Regions, lack of knowledge about the importance of vaccination, operational issues such as inadequate records, shortages of immunobiological, precariousness of the physical, material and human resources structure of Primary Health Care. **Conclusion:** Misinformation and inequalities in Brazil contribute to vaccine hesitancy. Effective public policies are crucial to combat the infodemic and reduce disparities, strengthening confidence in vaccination and promoting equity in vaccination coverage. **Keywords:** Disinformation. Health Status Disparities. Vaccination Hesitancy. Vaccination Coverage. Brazil.

1. Introdução

As vacinas e a vacinação salvam vidas e aumentam a qualidade de vida de pessoas em todas as nações por reduzirem a morbidade e a mortalidade por doenças imu-

nopreveníveis na população¹. A Agenda 2030 da ONU estabelece o acesso à vacinação como uma das metas prioritárias dos ODS de Saúde e Bem-Estar para a equidade e para não deixar ninguém para trás^{2,3}.

Entretanto, a cobertura vacinal em diversos países tem sido ameaçada pelo fenômeno da hesitação vacinal, definida como um conjunto de atitudes que vão desde a relutância até a recusa da vacina, apesar da disponibilidade dos serviços de vacinação⁴. Globalmente, o alcance da cobertura vacinal constitui-se um desafio emergente para a saúde pública. Um dos motivos que podem levar a essa hesitação se deve às proliferações de desinformação pelas redes sociais⁴. A divulgação de informações falsas por esses espaços virtuais é um fenômeno mundial, denominado como *fake news*⁵. Especificamente no campo da saúde, as redes sociais têm sido um recurso para disseminação de notícias falsas⁴.

No contexto brasileiro, as *fake news* sobre vacinas encontraram um território fértil para proliferação em razão de sua população ser hiperconectada e pelo fato de a maioria das pessoas não possuir o conhecimento suficiente para identificar diferenças entre as notícias falsas ou verdadeiras⁵. Além das *fake news*, existem outros fatores de risco para a inadequada situação vacinal, como as piores condições socioeconômicas, pois famílias em situação de vulnerabilidade social são mais suscetíveis ao não seguimento do calendário vacinal⁶. Além disso, cabe ressaltar que fatores demográficos também estão associados a vacinação. No Brasil, as desigualdades regionais nas coberturas vacinais são históricas e marcantes, e comumente são identificados os piores indicadores de imunização nos estados e municípios das regiões Norte e Nordeste, quando comparados às regiões Sul e Sudeste⁷.

A vacinação, no que diz respeito à sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS), situa-se como uma das atividades da Atenção Primária à Saúde (APS) e, dessa maneira, é dependente do grau de estruturação desse nível de atenção à saúde no SUS⁸. A vacinação é considerada como uma intervenção de saúde voltada para melhorar as condições de vida dos usuários e, no contexto do SUS, é guiada pelos princípios de universalidade e equidade⁸. Nessa perspectiva, ter acesso a serviços de saúde e a vacinação significa assegurar melhores condições de vida para a população assistida⁸. Contudo, essa relação não é linear, e cabe aos governos, ao sistema de saúde e ao programa de vacinação dar conta dessa complexidade. Isso devido ao fato de as piores condições econômicas significarem uma menor oferta de serviços e maior dificuldade de acessar essa intervenção⁸. Como consequência, os segmentos populacionais com níveis econômicos e socioculturais mais baixos estão associados a menores coberturas vacinais⁸. Nesse sentido, a relação entre condição econômica desfavorável e menor cobertura

vacinal pode ser compreendida, sob a perspectiva da intervenção, como um aspecto da condição de vida que dificulta o acesso a vacina⁸.

O Brasil possui um dos principais programas de imunização do mundo, denominado Programa Nacional de Imunizações (PNI), que possibilitou alcançar conquistas como o rápido declínio das doenças imunopreveníveis, nas últimas quatro décadas⁶. O PNI, por meio de estratégias e atividades preventivas de vacinação, possibilitou alcançar coberturas vacinais próximas ou acima da meta para praticamente todos os imunobiológicos durante várias décadas, com importantes melhorias para a saúde coletiva⁵. Outrossim, esse programa contribuiu para mudanças do perfil epidemiológico do País. Essa situação pode ser verificada pela transição epidemiológica, nutricional e demográficas do Brasil, em que as doenças transmissíveis, maternas, neonatais e nutricionais, em 1990, representavam 26% das mortes e, em 2019, reduziram para 12%⁹. Paradoxalmente, a despeito de todas as conquistas, especialmente desde 2016, o País enfrenta desafios refletidos em baixas coberturas vacinais, com riscos para a saúde de toda a coletividade¹⁰.

A redução da cobertura vacinal no Brasil conclama a urgência do combate às *fake news* e em avançar na ampliação do acesso aos imunobiológicos, na redução das desigualdades e, sobretudo, a necessidade do fortalecimento do PNI e dos investimentos públicos em ações de conscientização e enfrentamento da hesitação vacinal. Nesse sentido, torna-se imperativo discutir a temática e os desafios que permeiam a manutenção das coberturas vacinais no Brasil e deve ser uma prioridade na agenda social, científica e políticas do País⁶.

Dessa forma, este capítulo objetivou discutir, a partir das evidências, os desafios da cobertura vacinal associados às *fake news* e as desigualdades no Brasil.

2. Desenvolvimento

2.1 Métodos

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que se consiste em uma publicação ampla utilizada para descrever e discutir determinado assunto sob ponto de vista contextual¹¹. Esse tipo de estudo constitui a análise da literatura publicada em capítulos de livros, artigos científicos e documentos oficiais, que possui como vantagem atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo¹¹.

Para avaliar os desafios da cobertura vacinal no Brasil associados às *fake news* e desigualdades, adotou-se a estratégia População (P), Conceito (C) e Contexto (C) (P: população brasileira; C: *fake news* e desigualdades sociais e em saúde; C: coberturas vacinais). Desse modo, este estudo teve como questão norteadora: quais as evidências

científicas sobre os desafios da cobertura vacinal associados às *fake news* e as desigualdades no Brasil?

Foram analisados artigos científicos, capítulos de livros, documentos oficiais, tais como, legislação federal, políticas públicas, portarias do Ministério da Saúde, sobre a temática de vacinação, *fake news*, desinformações, redes sociais e desigualdades sociais e em saúde. As publicações foram extraídas da National Library of Medicine (PubMed), na Scientific Electronic Library Online (SciELO) e no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (Lilacs) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline). Os materiais também foram extraídos dos sites do Planalto e do Ministério da Saúde.

O critério de inclusão foi: ano publicação entre 1975 e 2023. A definição desse recorte temporal foi realizada considerando a instituição do PNI, em 1975 (Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975)¹², artigos científicos, capítulos de livros, documentos eletrônicos em sites, manuais, relatórios, documentos oficiais sobre cobertura vacinal e sua associação às *fake news* e desigualdades no Brasil.

Para extração das evidências, utilizaram-se o Medical Subject Headings (MeSH) e os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), acrescidos sinônimos e palavras-chave, que foram os seguintes: Brasil; desinformação; falsa informação; informação falsa; informação errada; notícias falsas; fatores de risco; fatores socioeconômicos; fatores econômicos e sociais; desigualdades sociais; desigualdades em saúde; desigualdade de saúde; cobertura vacinal; taxas de vacinação; taxa de vacinação; coberturas vacinais; cobertura de vacinação; coberturas de vacinação; coberturas do programa ampliado de imunizações; cobertura de imunização; coberturas de imunização.

O processo de busca e seleção dos artigos científicos consistiu em leitura de títulos e resumos, e realizou-se a leitura, na íntegra, dos documentos que se enquadravam no critério de inclusão. Dois revisores examinaram os títulos e os resumos e selecionaram artigos originais, bem como as outras fontes relevantes, tendo como embasamento o estudo de Cassocera et al.¹³.

Dessa maneira, foram selecionados 26 artigos científicos, 1 legislação federal, 3 capítulos de livros, 2 portarias e 1 política do Ministério da Saúde. A amostra deste estudo foi composta por 33 publicações.

A partir da leitura dos artigos científicos e dos documentos recuperados, foram criadas duas categorias temáticas, com base nos assuntos principais, as quais, na busca, foram classificadas em: *Fake news*: hesitação vacinal e cobertura vacinal; e Desigualdades: hesitação vacinal e coberturas vacinais.

2.2 Resultados e discussão

Neste estudo, foram incluídas 33 publicações. Em suma, observou-se que a manutenção da cobertura vacinal no Brasil encontra-se confrontada por dois grandes desafios: a propagação de notícias falsas⁵ e as desigualdades sociais, econômicas, demográficas de saúde¹⁰. As *fake news*, disseminadas principalmente por meio das redes sociais, apresentam o potencial de minar a confiança da população nas vacinas e, consequentemente, geram hesitação e recusa da vacinação. Esse fenômeno compromete não apenas a proteção individual, mas a coletiva⁵. Além disso, as desigualdades contribuem para disparidades na acessibilidade às vacinas, com comunidades mais vulneráveis enfrentando barreiras devido a dificuldades socioeconômicas, falta de infraestrutura, de informação e de recursos¹⁰.

Para superar esses desafios de melhora do cenário das baixas coberturas vacinais que se acentuou especialmente em 2016, é necessário que esse tema seja um objeto de discussão e reflexão crítica de profissionais de saúde, pesquisadores, gestores e sociedade civil. Dessa forma, o contexto de desinformação suscita a importância dessa temática na assistência, no ensino, na pesquisa e na extensão¹⁴, com enfoque no resgate histórico do sucesso do PNI, desde a sua instituição em 1975, sendo responsável pela condução de planos de imunização e exitosos resultados já alcançados de coberturas vacinais no contexto do SUS¹⁰.

2.2.1 *Fake news: hesitação vacinal e cobertura vacinal*

Cabe destacar que a aceitação das vacinas é um processo complexo que pode ser afetado por aspectos multifatoriais, como o acesso ao conteúdo veiculado na internet⁵, os quais incluem as *fake news*, que são caracterizadas como uma desordem informacional¹⁵. A desinformação não é apenas uma falta de esclarecimento, mas, sobretudo, um processo ativo de desconhecimento que medeia e determina o processo saúde-doença⁵. A desinformação veiculada nos conteúdos falsos ou maliciosos possui potencial de propagação nos meios digitais que impacta negativamente na vida política e social e está associada à rejeição de recomendações de saúde¹⁵. Nesse sentido, refere-se à exposição a informações errôneas que podem influenciar na decisão de indivíduos e levar à hesitação vacinal⁵.

Na contemporaneidade, é crucial que os profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) na APS estejam atentos aos obstáculos que impactam a aceitação das vacinas. Um exemplo ilustrativo é a dicotomia entre escolaridade e hesitação vacinal. Nesse contexto, observa-se a adesão preocupante de famílias com níveis educacionais mais elevados a movimentos antivacinas. Isso ocorre em razão do receio de eventos

adversos, muitas vezes vinculado à exposição a informações falsas disseminadas na internet, que resulta em inadequadas situações vacinais¹⁶. Paradoxalmente, estudos indicam que a maior escolaridade dos pais também se associa a maior cobertura vacinal dos filhos¹⁷. A literatura documenta a relação positiva entre maior escolaridade e acesso a informações, o que se associa a maior aceitação de vacinas, como no caso da febre amarela. Como consequência, essa situação contribui para a maior cobertura vacinal¹⁷.

Nessas perspectivas, o fenômeno da hesitação vacinal, que se refere à indecisão, com consequente atraso ou recusa da vacinação, apresenta determinantes específicos conforme o contexto e o decorrer do tempo. Entre os determinantes contextuais dessa hesitação, pode-se citar que esse fenômeno sofre influências da qualidade e do acesso à informação, bem como do aumento no número de relatos de casos de eventos adversos graves relacionados com as vacinas, incitando discussões sobre sua segurança e gerando receio na população que irá receber o imunizante¹⁷. Especialmente no contexto da covid-19, ficou evidente que a propagação de notícias falsas e de falácias nas redes sociais pode reduzir gravemente a confiança nas vacinas e implicar hesitação vacinal¹⁸.

A influência dos determinantes contextuais e a hesitação vacinal tornam-se evidentes ao considerar os malefícios ocasionados em virtude do acesso limitado ou distorcido à informação. O acesso a informações incompletas ou imprecisas sobre vacinas desencadeia o conhecimento inadequado, permeado pela internalização de crenças, que vão interferir nas atitudes e na tomada de decisões relacionadas com a vacinação^{5,17}.

Cabe ressaltar que, no Brasil, especialmente a partir de 2016, está ocorrendo uma redução histórica da cobertura vacinal^{10,19}, com piora dos indicadores de vacinação durante a pandemia de covid-19²⁰. Esse período foi marcado por negacionismo, recomendações de tratamento sem evidências científicas, ataques à ciência, falta de planejamento e de antecipação na compra de vacinas, insuficiência de insumos e por disputas políticas que também contribuíram para o atraso da vacinação contra a covid-19 no País²¹⁻²³.

A propagação de informações falsas com conteúdos enganosos e mal-intencionados, especialmente, durante a pandemia de covid-19, é fortemente um objeto de preocupação no mundo e no Brasil. Esse fenômeno tem sido denominado de infodemia, e refere-se à disseminação veloz e em larga escala de informações com conteúdo inverídico, que ocasionam desinformação²⁴. Ademais, cabe ressaltar que a disputa da opinião em tempos da Era Pós-Verdade pode explicar a propagação das desinformações que levam à hesitação vacinal²⁴.

A Pós-Verdade é um fenômeno complexo que impacta a conduta dos indivíduos e a estrutura da sociedade ao exercer profunda influência no conhecimento e na lin-

guagem. Esse termo descreve situações em que as pessoas tendem a aceitar predominantemente argumentos e teses fundamentadas em emoções e crenças, manifestadas pela resistência das pessoas em aderir às propostas científicas²⁴. Nesse sentido, as emoções, as crenças pessoais que formam a opinião pública são mais influentes que os fatos em si e permearão o discurso retratando um jogo de interesses específicos, de acordo com as estratégias sociopolíticas de um determinado contexto histórico²⁵.

Isso ficou muito evidente durante a pandemia de covid-19, em que o fenômeno das *fake news* esteve profundamente interligado aos processos comunicacionais modernos e à esfera da opinião pública. Esse fenômeno provoca a ruptura e a desestabilização do lugar em que os meios de comunicação, como o discurso jornalístico e a ciência, até então exerciam domínio e legitimidade sobre informações reais e a verdade factual²⁵.

Assim, o excesso de informação imprecisa e a disseminação de conteúdos falsos representam riscos substanciais quando se trata de influenciar comportamentos pró-saúde, prevenção e proteção na área da saúde²⁶. Nessa perspectiva, a desinformação, o aumento do negacionismo e a degradação da confiança na ciência resultaram na crescente hesitação da população em aderir às vacinas oferecidas. O Brasil, na contemporaneidade, enfrenta desafios consideráveis na retomada do fortalecimento do PNI e na manutenção de elevadas coberturas vacinais já alcançadas pelo programa¹⁰. Nesse cenário, existe a necessidade urgente de reverter a redução da cobertura vacinal no País, sendo crucial investir em ações de conscientização e enfrentamento da hesitação vacinal, com a implementação imediata de programas de prevenção e promoção⁶, além do estabelecimento de políticas públicas eficazes de combate à infodemia²⁷.

Esses fatores, à medida que são conhecidos, devem ser incluídos nos planos de cuidado, a fim de direcionar as ações de enfermagem e de educação em saúde para prevenção, cuidado das doenças imunopreveníveis e promoção de estilos de vida saudáveis. Por exemplo, para estabelecimento da assistência durante as consultas, visitas domiciliares e em todas as oportunidades de contato com os usuários, devem-se levantar os fatores associados à vacinação que se impõem como barreiras para o seguimento do calendário vacinal, tais como os sociais, individuais e familiares. Segundo estudo no País, são fatores de risco para a inadequada situação vacinal: famílias em vulnerabilidade, imigrantes, falta de água encanada ou banheiro no domicílio, baixa escolaridade, moradia em regiões com piores condições socioeconômicas¹⁶.

Essas ações educativas devem ser feitas a cada contato com usuários, família e comunidade no intuito de transmitir informações de qualidade, nas consultas de enfermagem, em atividades comunitárias e visitas domiciliares, pois são espaços que oportunizam identificar as necessidades, orientar sobre os cuidados com a saúde e se inserir

na comunidade. Ademais, políticas intersetoriais entre as ciências da saúde, sociais, educação e direito são essenciais no combate à desinformação e à infodemia de forma a instrumentalizar e apoiar a ESF em suas atividades²⁸.

2.2.2 *Desigualdades: hesitação vacinal e coberturas vacinais*

As desigualdades marcam o Brasil, e dada a sua extensão territorial continental, é necessário identificar as áreas mais afetadas pela diminuição da cobertura vacinal. A identificação dessas áreas é essencial para direcionar políticas públicas e estratégias de saúde para melhorar os indicadores de imunização, meta incluída na Agenda 2030 da ONU para os ODS²⁹. Nesse contexto, as ações de saúde que envolvem a vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica, são fundamentais para identificar a distribuição das doenças imunopreveníveis e seus determinantes sociais. Ademais, elas permitem criar, direcionar e avaliar as políticas públicas de saúde intersetoriais³⁰.

Desse modo, em nível local na APS, os profissionais da ESF podem monitorar os indicadores de qualidade de vacinação por meio do quantitativo dos indivíduos vacinados por faixa etária nas salas de vacina. Além disso, devem manusear e auxiliar nos registros de vacinação no e-SUS Atenção Básica, em que as informações são exportadas para o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) e que podem ser consultadas *on-line* por meio dos relatórios produzidos³¹. No que tange a esses aspectos, é necessário investigar se as Unidades Básicas de Saúde (UBS) possuem computadores e acesso à internet, para alimentação do registro no SI-PNI³², pois, no Brasil, desigualdades relacionadas com os recursos materiais levam a implicações no que diz respeito a vacinação.

Quanto à disponibilidade de computadores, os melhores resultados foram observados nos municípios de grande porte do Centro-Oeste, Sul e Sudeste, o que reforça as diferenças regionais na estrutura das UBS e que pode impactar nas coberturas vacinais. A implantação do SI-PNI, iniciada em outubro de 2012 (Portaria nº 2.363/2012)³³, ainda não está 100% disponível nos serviços de saúde da APS brasileira, especialmente nas regiões remotas e interioranas³². O SI-PNI é fundamental para que gestores e profissionais de saúde acompanhem as coberturas vacinais no País, identifiquem o risco de surtos ou epidemias por meio do registro do quantitativo populacional vacinado agregados por idade, período e área geográfica³⁰. Essas informações são essenciais principalmente diante das baixas coberturas vacinais no Brasil¹⁰.

Por essa razão, também é crucial que profissionais da ESF saibam os avanços alcançados ao longo da história do PNI e os desafios que estão postos no País para que sejam superados e retomadas essas conquistas de forma emergente¹⁰. O PNI é reconhe-

cido mundialmente por sua efetividade e capacidade de proteger a saúde coletiva. Esse programa se adaptou às mudanças políticas, epidemiológicas e sociais e possui um passado de êxitos como a erradicação da varíola, área livre do poliovírus, eliminação da rubéola e do sarampo. O Brasil é um dos países que oferecem o maior número de vacinas gratuitamente¹⁰. Além disso, possui os Centros de Imunobiológicos Especiais (Crie), para atender pessoas e grupos em condições clínicas especiais, além dos calendários de vacinação diferenciados para gestantes, indígenas e militares¹⁰. Entre 2000 e 2015, foram atingidas metas de cobertura vacinal por meio de ações fortalecidas, expansão de salas de vacinação e garantia de fornecimento de imunobiológicos¹⁰.

O monitoramento do indicador de cobertura vacinal é estratégico, pois revela a proteção da população no âmbito coletivo e possibilita a avaliação da imunidade de grupo. A redução da cobertura vacinal no Brasil evidencia a existência de grupos desprotegidos, nos quais a circulação viral pode afetar indivíduos imunocomprometidos e menores de 1 ano de idade, com grande impacto na morbimortalidade³⁴. Essa redução é um dos efeitos dos desafios impostos, especialmente, devido à instabilidade democrática a partir de 2016 e às medidas de austeridade, como a Emenda Constitucional nº 95. Também pode-se citar a progressão do desmonte de políticas públicas entre 2018 e 2022. Os resultados das restrições orçamentárias para programas de saúde, ações preventivas e acesso aos serviços comprometeram a efetividade das políticas de saúde e a melhoria dos indicadores de saúde. Houve a ampliação das desigualdades sociais e em saúde com o aumento da pobreza vivenciada no País³⁵.

Outros desafios foram o agravamento da redução da cobertura vacinal durante a pandemia de covid-19, com piora nos indicadores da vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV)³⁶, febre amarela²⁹, sarampo, caxumba e rubéola³⁷ e poliomielite³⁴. Nesse cenário, particularmente, grupos vulneráveis como crianças merecem atenção, pois são muito suscetíveis às doenças imunopreveníveis. Uma solução para essa crise é a retomada, de forma emergencial, da cobertura vacinal por meio de políticas públicas, que garantam a manutenção dessas coberturas em regiões urbanas, rurais, inclusive nos vazios assistenciais e nas áreas de baixa densidade populacional⁶. Ademais, a APS, possui nos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por exemplo, capilaridade, proximidade com as pessoas, famílias e territórios. Sendo assim, estes devem realizar o mapeamento de crianças, gestantes, idosos e adultos para receberem as vacinas necessárias. Os profissionais de saúde de toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) também precisam estar engajados nessa vigilância de atualização da imunização em todos os ciclos da vida²⁸.

Entre 2016 e 2018, apenas a vacina BCG atingiu a meta de cobertura vacinal estipulada no Brasil. Em 2019, o País perdeu a certificação de país livre do vírus do

sarampo¹ diante do registro de casos por mais de 12 meses no território nacional³⁷. Embora tenha recebido a certificação de eliminação da poliomielite em 1994, o vírus ainda circula em alguns países, com risco de reintrodução no Brasil, particularmente em contexto de queda de imunidade da população devido à redução das coberturas vacinais³⁴. Segundo estudos no País, houve tendência de redução na cobertura da vacina contra o Bacilo de Calmette e Guérin (BCG), poliomielite e tríplice viral no Brasil, especialmente a partir de 2016³⁸.

Com relação à cobertura vacinal de BCG, estudo identificou que os estados do Pará, do Maranhão e da Bahia apresentaram decréscimo no número de vacinados mais acelerado que o restante do País. Essas áreas podem ser consideradas como preocupantes em relação à completude do esquema vacinal das crianças de até 1 ano de idade para BCG. Além disso, outros estados do Norte e do Nordeste também apresentaram reduções importantes no número de vacinados para BCG, como Piauí, Tocantins, Acre, Rondônia, Amapá e Amazonas. Dessa forma, é importante identificar essas desigualdades para que se consiga compreender as reduções das coberturas vacinais de BCG em cada localidade de forma singular para cada município³⁸.

Para a vacina tríplice viral, que protege contra sarampo, caxumba e rubéola, houve queda da cobertura vacinal de 96,1% em 2015 para 86,7% em 2018. Nesse cenário, cabe destacar o risco do sarampo, que é uma doença altamente infecciosa com risco da ocorrência de surtos e que constitui um marcador importante de cobertura inadequada e de problemas, especialmente na APS. Profissionais de ESF precisam estar atentos a esse cenário, cuja cobertura vacinal do sarampo era de 95% até 2014 em todas as regiões do Brasil. Contudo, após 2016, nenhuma região atingiu a meta de cobertura de 95%³⁹. A queda da vacinação contra o sarampo foi agravada em 2020 no contexto pandêmico, sendo mais acentuada nos municípios das regiões Norte e Nordeste, menos desenvolvidos e com menor cobertura da ESF, expressando forte iniquidade em saúde³⁷. A eliminação do sarampo exige um robusto sistema de imunização e vigilância para manter os níveis adequados e a investigação de casos suspeitos³⁷.

Estudos no Brasil evidenciaram desigualdades relacionadas com a vacina tríplice viral³⁹. Segundo investigação que avaliou a disponibilidade dessa vacina no País, de 2013 a 2014, os serviços de imunização localizados na região Norte possuíam infraestrutura inadequada para a realização de ações de imunização, o que resultou em menor frequência de disponibilidade de vacinas⁴⁰. Outra pesquisa evidenciou que, durante pandemia da covid-19, houve a redução do número de doses aplicadas da vacina tríplice majoritariamente nas regiões Nordeste e Norte³⁹. As desigualdades regionais na cobertura vacinal no Brasil podem ser atribuídas, em parte, às diferenças nos investimentos

no setor saúde nas regiões Norte e Nordeste quando comparadas com outras regiões brasileiras, o que culmina na precariedade da rede de APS responsável por oferecer imunização gratuita por meio do PNI^{39,40}. A falta de vacina nessas regiões brasileiras, mesmo durante um curto período, acarreta perda de oportunidade de vacinação e pode comprometer o alcance das metas de cobertura vacinal, aumentando o número de indivíduos suscetíveis daquela região⁴⁰.

Durante a pandemia, houve interrupção de estratégias de imunização e ameaça ao alcance da meta global de erradicação da pólio até 2026. A diminuição da cobertura vacinal de poliomielite entre 2011 e 2021 no País é uma situação extremamente grave³⁴. A meta de 95% de cobertura vacinal contra a poliomielite foi alcançada até 2014. Dessa maneira, precisa ser monitorada por profissionais na APS. Estudos mostraram que, com relação à tendência de queda da cobertura vacinal em 24 dos 23 estados, houve a diminuição progressiva da cobertura, por exemplo, de 100% em 2014 para 70,1% em 2021. Além disso, observa-se baixa cobertura vacinal principalmente nas regiões Norte e Nordeste, redução esta que se acentuou a partir de 2020, ano pandêmico de covid-19. Sendo assim, mais uma vez, evidencia-se discrepância histórica na cobertura vacinal entre as cinco regiões do Brasil¹⁹. Nesse sentido, as estratégias de vacinação devem priorizar crianças que residem nessas áreas com declínios acentuados e recorrentes nas coberturas de vacinação da poliomielite e incluir viajantes, migrantes e refugiados¹⁹.

Com relação à distribuição da hepatite B no Brasil, existem concentração de casos na região Norte. Essa situação reafirma as históricas desigualdades regionais na distribuição de agravos e a necessidade urgente de ações de imunização, diagnóstico e tratamento da hepatite B⁴¹. As desigualdades socioeconômicas e demográficas, somadas à precariedade das estruturas dos serviços de saúde que oferecem a vacinação na região Norte, atuam de forma sinérgica na redução da cobertura vacinal³⁸. Sendo assim, destaca-se a urgência de fortalecer e investir no SUS e no PNI para garantir equidade na vacinação, especialmente em regiões desfavorecidas, e para assegurar coberturas vacinais homogêneas no País. A atuação das ESF é essencial, as quais devem ser capacitadas para elevar as coberturas vacinais, ampliar as oportunidades de imunização, resgatar indivíduos com esquemas incompletos e fortalecer a confiança da comunidade³⁷.

No caso da vacinação contra o HPV, estudo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2019 identificou que, entre adolescentes escolares brasileiros, as regiões Norte e Nordeste tiveram as maiores prevalências de não vacinados, observadas principalmente em adolescentes de escolas públicas; em que a desinformação foi um motivo frequente para a não vacinação⁷. Outro estudo no País mostrou que a pandemia de covid-19 resultou na redução do número de doses de vacina contra o HPV

aplicadas como possível efeito das medidas restritivas no período. Maior formação de aglomerados espaciais de redução de doses aplicadas da vacina contra o HPV estava localizada principalmente na região Norte³⁶. Nesse contexto, é importante mencionar que, além da pandemia, o forte conservadorismo nos últimos anos e as desigualdades de gênero, em que meninas geralmente se vacinam mais que meninos no Brasil, também contribuíram para a piora desse indicador³⁶.

Para a vacina contra a febre amarela, o número reduzido de administrações de doses durante a pandemia pode favorecer o ressurgimento de casos de febre amarela urbana no País²⁹. Nesse período, houve a diminuição do número de doses da vacina contra a febre amarela administradas no Brasil e nas regiões Norte, Centro-Oeste, Sul e Sudeste²⁹. Com relação à queda do número de doses administradas desse imunizante, além das desigualdades regionais na vacinação, pesquisa identificou que esteve relacionada com a hesitação vacinal, o acesso às informações falsas, o conhecimento inadequado sobre o imunizante, a falta de tempo para se vacinar, a aceitação da vacina, a insegurança na vacina e o medo dos eventos adversos¹⁷, o que também pode explicar a diminuição de doses da vacina nas quatro grandes regiões brasileiras.

Além da pandemia de covid-19, a redução da vacinação está atribuída a outros múltiplos fatores envolvidos, como: desconhecimento da importância da vacinação; disseminação de notícias falsas; registros inadequados; desabastecimento de produtos; dificuldade de acesso aos serviços de saúde; precarização do SUS; implantação do novo SI-PNI; introdução pelo PNI de diversas vacinas no calendário de rotina em um curto período; movimentos antivacinas; e inconstância na disponibilidade de imunobiológicos nos serviços de APS¹⁰.

Cabe ressaltar que os fatores que influenciam a baixa cobertura vacinal, principalmente, nas regiões Norte e Nordeste incluem desafios geográficos, com comunidades ribeirinhas distantes de serviços de saúde e um vasto território fronteiriço com fluxos migratórios de refugiados venezuelanos desde 2016. Também é importante mencionar a crise humanitária indígena, como nos povos Yanomami, e a acentuação de vulnerabilidades dessas populações e das ribeirinhas e quilombolas a maior exposição às doenças imunopreveníveis, o que exige profissionais da ESF capacitados para atuar de forma estratégica na APS¹⁹. Nessas situações, esses profissionais devem estabelecer intervenções articuladas com os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) para que, por meio do matriciamento, seja estabelecido um Plano Terapêutico Singular (PTS) adaptado e flexível que considere as diferenças socioculturais, econômicas e étnico-raciais, conforme as características dos usuários e famílias e dos seus territórios³⁰.

Dessa forma, é importante que a ESF acompanhe a situação vacinal do País, que impacta diretamente em seu território de atuação³¹. Torna-se essencial o fortalecimento do acolhimento, das ações de supervisão planejada da sala de vacina para aquisição de insumos, conservação dos imunobiológicos, controle da rede de frios, monitoramento dos registros dos indicadores de vacinação e de eventos adversos, conferência dos cartões de vacina, busca ativa de faltosos para retorno às UBS e em atividades educativas da equipe e população¹⁰. Contudo, é importante mencionar que profissionais da ESF enfrentam barreiras na APS, que afetam suas práticas de monitoramento da saúde local, tais como falta de insumos, déficits de escalas, sobrecarga de trabalho, despreparo técnico-científico de alguns profissionais e falta de padronização de processos. Segundo dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), por exemplo, a ausência de equipamento de refrigeração exclusivo para imunobiológicos, de caixas térmicas e de estrutura inadequada da sala de vacinação influenciam a disponibilidade das vacinas em serviços de APS de todas as regiões do Brasil, com destaque para a região Norte⁴⁰.

Para superar esses obstáculos, é fundamental fornecer e manter a provisão adequada de recursos materiais e humanos, além de investir em educação permanente, protocolos assistenciais e gestão de indicadores. Cabe destacar que, no Brasil, a oferta nacional gratuita da imunização é feita por meio dos serviços de APS, mas a precarização progressiva desses serviços influencia a situação vacinal de grupos populacionais que estão no território de sua abrangência. O aumento no número de UBS nos últimos 30 anos, acompanhado do aumento da cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família e de ESF, ampliou o acesso da população aos serviços, mas perduram desigualdades regionais de estrutura e acesso. Dada a extensão territorial do Brasil, torna-se necessário direcionar políticas públicas para as áreas mais afetadas pela diminuição da cobertura vacinal¹⁰.

Outros desafios impactam negativamente no alcance da cobertura vacinal. Exemplos deles são alterações na Política Nacional da Atenção Básica (Portaria nº 2.436/2017)⁴², com ênfase nas ações curativas que colocam em risco a integralidade do cuidado. O modelo de financiamento instituído com Programa Previne Brasil (Portaria nº 2.979/2019)⁴³, por sua vez, na lógica do capitalismo, ameaçou a continuidade dos Nasf-AB nos municípios. Nesse contexto, é necessário que se promova o *advocacy* pelo fortalecimento de políticas públicas que assegurem o acesso aos serviços de saúde, cuidado e prevenção das doenças imunopreveníveis e que promovam a inclusão e a proteção de grupos vulneráveis. Neste momento, são importantes a participação e a mobilização da sociedade, bem como que profissionais de saúde e gestores estejam

atentos às pactuações formalizadas para reconstrução do PNI e das ações de vigilância para que se consiga retomar as coberturas vacinais⁴⁴.

Mesmo diante dos desafios, o SUS se mostrou potente e deu respostas satisfatórias à saúde das pessoas durante a pandemia para que se conseguisse assistir e vacinar a população. Além disso, estratégias de vacinação utilizadas pelos profissionais do SUS contribuíram para o fim da emergência de saúde pública referente à covid-19. Essas estratégias foram a intensificação de vacinação nas fronteiras e nos estados do Norte, a participação comunitária, rompendo barreiras geográficas e levando vacinas às casas das pessoas, e o uso de evidências para enfrentar a covid-19⁴⁴.

3. Conclusão

Conclui-se que o alcance das metas de cobertura vacinal ideal no Brasil para todos os imunobiológicos enfrenta dois desafios, que são a disseminação de notícias falsas e as desigualdades sociais, econômicas e demográficas em saúde. Esses desafios são especialmente evidentes nas regiões Norte e Nordeste, onde as disparidades socioeconômicas e as condições geográficas apresentam obstáculos adicionais ao acesso efetivo às vacinas. A propagação de informações falsas sobre vacinas intensifica a hesitação vacinal e compromete a confiança da população nos imunobiológicos disponíveis. Torna-se imperativo que as estratégias de enfrentamento desses desafios considerem essas disparidades regionais e busquem não apenas ampliar o acesso aos imunobiológicos, mas também abordar as questões estruturais que perpetuam as desigualdades e impactam negativamente na saúde coletiva.

Para que as estratégias de vacinação da população sejam efetivas e se alcance as metas estipuladas de coberturas vacinais no Brasil, é necessário que estejam alinhadas a equidade, universalidade, integralidade da atenção à saúde, combate à desinformação e que levem em consideração os determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença. O direcionamento de políticas públicas, especialmente em regiões mais vulneráveis em que prevalecem desigualdades socioeconômicas e dificuldades de acesso a serviços, é fundamental. Os fortalecimentos do SUS, do PNI, da APS e das ESF são necessários e favorecem o cuidado qualificado de forma integral prestado a usuários, família e comunidade, além de contribuir para a ampliação da cobertura vacinal.

Referências

1. Homma A, Maia MLS, Azevedo ICA, Figueiredo IL, Gomes LB, Pereira CVDC, et al. Pela reconquista das altas coberturas vacinais [For the return of high vaccination coverage]. *Cad Saude Publica*. 2023;39(3):e00240022. doi: 10.1590/0102-311XPT240022
2. World Health Organization. Immunization Agenda 2030: A Global Strategy To Leave No One Behind. Geneva: WHO; 2020.
3. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: um; 2015.
4. Massarani L, Waltz I, Leal T, Modesto M. Narrativas sobre vacinação em tempos de fake news: uma análise de conteúdo em redes sociais. *Saúde Soc*. 2021;30(2):e200317. doi: 10.1590/S0104-12902021200317
5. Frugoli AG, Prado RS, Silva TMRD, Matozinhos FP, Trapé CA, Lachtim SAF. Vaccine fake news: an analysis under the World Health Organization's 3Cs model. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03736. doi: 10.1590/S1980-220X2020028303736
6. Sá ACMGN, Prates EJS, Santos MC, Matozinhos FP, Latchim SAF, Vieira EWR. Desafios para o alcance das metas de cobertura vacinal de crianças no Brasil: um chamado à ação. In: Castro LHA. *Ciências da saúde: pluralidade dos aspectos que interferem na saúde humana*. Ponta Grossa - PR: Atena, 2021. p. 163-76.
7. Silva IAG, Sá ACMGN, Prates EJS, Malta DC, Matozinhos FP, Silva TMRD. Vaccination against human papillomavirus in Brazilian schoolchildren: National Survey of School Health, 2019. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2022;30(spe):e3834. doi: 10.1590/1518-8345.6296.3834
8. Moraes JCD, Ribeiro MCSDA. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(supl 1):113-24. doi: 10.1590/S1415-790X2008000500011
9. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare Data Visualization. Seattle: IHME; 2019.
10. Domingues CMAS, Maranhão AGK, Teixeira AM, Fantinato FFS, Domingues RAS. The Brazilian National Immunization Program: 46 years of achievements and challenges. *Cad Saude Publica*. 2020;36(Suppl 2):e00222919. doi: 10.1590/0102-311X00222919
11. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(2). doi: 10.1590/S0103-21002007000200001
12. Brasil. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas rela-

tivas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1975 Oct 30 [cited 2022 Aug 14]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm#:~:text=LEI%20No%206.259%2C%20DE%2030%20DE%20OUTUBRO%20DE%201975.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20das,doen%C3%A7as%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.

13. Cassocera M, Chissaque A, Martins MRO, Deus N. 40 years of immunization in Mozambique: a narrative review of literature, accomplishments, and perspectives. *Cad Saude Publica*. 2020;36(Suppl 2):e00038320. doi: 10.1590/0102-311X00038320

14. Quinn SC, Jamison AM, Freimuth VS, An J, Hancock GR. Determinants of influenza vaccination among high-risk Black and White adults. *Vaccine*. 2017;35(52):7154-9. doi: 10.1016/j.vaccine.2017.10.095

15. Forster R, Carvalho RM, Filgueiras A, Avila E. Fake news: o que é, como se faz e por que funciona? *SciELO Preprints* [Internet]. 2021 [cited 2023 Oct 10]. Available from: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3294>

16. Buffarini R, Barros FC, Silveira MF. Vaccine coverage within the first year of life and associated factors with incomplete immunization in a Brazilian birth cohort. *Arch Public Health*. 2020;78:21. doi: 10.1186/s13690-020-00403-4

17. Lopes VDS, Souza PC, Garcia ÉM, Lima JC. Yellow fever vaccine hesitancy and its relationship with contextual, individual, or group influences and vaccine-specific issues: a scoping review. *Cien Saude Colet*. 2023;28(6):1717-27. doi: 10.1590/1413-81232023286.13522022

18. Bangalee A, Bangalee V. Fake news and fallacies: Exploring vaccine hesitancy in South Africa. *S Afr Fam Pract* (2004). 2021;63(1):e1-e3. doi: 10.4102/safp.v63i1.5345

19. Silva TMR, Sá ACMGN, Prates EJS, Saldanha RF, Silva TPR, Teixeira AMS, et al. Temporal and spatial distribution trends of polio vaccine coverage in less than one-year old children in Brazil, 2011-2021. *BMC Public Health*. 2023 Jul 14;23(1):1359. doi: 10.1186/s12889-023-16192-8

20. Silva TMRD, Sá ACMGN, Beininger MA, Abreu MNS, Matozinhos FP, Sato APS, Vieira EWR. Impact of the COVID-19 Pandemic on Human Papillomavirus Vaccination in Brazil. *Int J Public Health*. 2022;67:1604224. doi: 10.3389/ijph.2022.1604224

21. Souza JB, Potrich T, Bitencourt JVOV, Madureira VSF, Heidemann ITSB, Menegolla GCS. COVID-19 vaccination campaign: dialogues with nurses working in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20210193. doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0193

22. Leitão de Figueiredo EB, Rodrigues RMC, Pontes KCT, Oliveira MT, Oliveira JT, Souza L. Influenciadores da desinformação nas pandemias de gripe espanhola e Covid-19: um estudo documental. *Rev Bras Educ Med*. 2022;46(02):e078. doi: 10.1590/1981-5271v46.2-20220043

23. Morel APM. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. *Trab Educ Saude*. 2021;19:e00315147. doi:10.1590/1981-7746-sol00315
24. Amaral I, Santos SJ. Algoritmos e redes sociais: a propagação de fake news na era da pós-verdade. In: *As fake news e a nova ordem (des) informativa na era da pós-verdade*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2019. p. 63-85.
25. de Fátima Delbono B. Direito à Comunicação: Proteção Jurídica na Era da Pós-Verdade. *Interfaces Comun*. 2023;1(1):1-15.
26. Giordani RCF, Donasolo JPG, Ames VDB, Giordani RL. The science between the infodemic and other post-truth narratives: challenges during the pandemic. *Cien Saude Colet*. 2021;26(7):2863-72. doi: 10.1590/1413-81232021267.05892021
27. Freire NP, Cunha ICKO, Ximenes Neto FRG, Vargas FL, Santiago BKA, Lourenção LG. Impacts of the infodemic on COVID-19 for Brazilian health professionals. *Cien Saude Colet*. 2023;28(10):3045-56. doi: 10.1590/1413-812320232810.13902022
28. Barbiani R, Dalla Nora CR, Schaefer R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2721. doi: 10.1590/1518-8345.0880.2721
29. Silva TMRD, Sá ACMGN, Prates EJS, Rodrigues DE, Silva TPRD, Matozinhos FP, et al. Yellow fever vaccination before and during the covid-19 pandemic in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2022;56:45. doi: 10.11606/s1518-8787.2022056004503
30. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2012.
31. Batista ECC, Silva LG, Oliveira MM, Santos APA, Souza AL, Pereira JCG, et al. Vigilância ativa de eventos adversos pós-vacinação na atenção primária à saúde. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE002335
32. Sato APS, Ferreira VLR, Tauil MC, Rodrigues LC, Barros MB, Martineli E, et al. Use of electronic immunization registry in the surveillance of adverse events following immunization. *Rev Saude Publica*. 2018;52:4. doi: 10.11606/S1518-8787.2018052000295
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.363, de 18 de outubro de 2012. Institui repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para fomento na implantação do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no âmbito das unidades de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

34. Donalisio MR, Boing AC, Sato APS, Martinez EZ, Xavier MO, Almeida RLF, et al. Vaccination against poliomyelitis in Brazil from 2011 to 2021: successes, setbacks, and challenges ahead. *Cien Saude Colet.* 2023;28(2):337. doi: 10.1590/1413-81232023282.17842022
35. Malta DC, Duncan BB, Barros MBA, Katikireddi SV, Souza FM, Silva AGD, et al. Fiscal austerity measures hamper noncommunicable disease control goals in Brazil. *Cien Saude Colet.* 2018;23(10):3115-22. doi: 10.1590/1413-812320182310.25222018
36. Silva TMRD, Sá ACMGN, Beininger MA, Abreu MNS, Matozinhos FP, Sato APS, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Human Papillomavirus Vaccination in Brazil. *Int J Public Health.* 2022;67:1604224. doi: 10.3389/ijph.2022.1604224
37. Sato APS, Boing AC, Almeida RLF, Xavier MO, Moreira RDS, Martinez EZ, et al. Measles vaccination in Brazil: where have we been and where are we headed? *Cien Saude Colet.* 2023;28(2):351-62. doi: 10.1590/1413-81232023282.19172022
38. Arroyo LH, Ramos ACV, Yamamura M, Weiller TH, Crispim JA, Cartagena-Ramos D, et al. Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional. *Cad Saude Publica.* 2020;36(4):e00015619. doi: 10.1590/0102-311X00015619
39. Silva TMR, Sá ACMGN, Vieira EWR, Prates EJS, Beininger MA, Matozinhos FP. Number of doses of Measles-Mumps-Rubella vaccine applied in Brazil before and during the COVID-19 pandemic. *BMC Infect Dis.* 2021;21(1):1237. doi: 10.1186/s12879-021-06927-6
40. Vieira EW, Pimenta AM, Montenegro LC, Silva TMR. A estrutura e localização dos serviços de vacinação influenciam a disponibilidade da tríplice viral no Brasil. *Rev Min Enferm.* 2020:e1325-e1325.
41. Vivaldini SM, Pinto FKA, Kohiyama IM, Almeida EC, Mendes-Correa MC, Santos AF, et al. Exploratory spatial analysis of HBV cases in Brazil between 2005 and 2017. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22(Suppl 1):e190007. doi: 10.1590/1980-549720190007.supl.1
42. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

44. Chioro A, Costa AM. A reconstrução do SUS e a luta por direitos e democracia. *Saúde Debate*. 2023;47:5-10. doi: 10.1590/0103-1104202313600

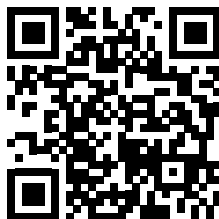
Sobre os autores

Tércia Moreira Ribeiro da Silva. Doutora em Ciência Animal, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem. Belo Horizonte (MG), Brasil. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/8005420008105698>. ORCID: 0000-0002-5261-2266. Avenida Professor Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, CEP 30130-100, Belo Horizonte (MG), Brasil. Telefone: 3409-9871. E-mail: tercialud@gmail.com

Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá. Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte (MG), Brasil. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/3810359998794355>. ORCID: 0000-0002-0122-2727

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



A VIOLÊNCIA CONTRA AS MENINAS E AS MULHERES NA COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA

Violence contre les filles et les femmes dans la Communauté des pays de langue portugaise

Violence against girls and women in the Community of Portuguese Language Countries

Nádia Machado de Vasconcelos

Shirlei Moreira da Costa Faria

Alanna Gomes da Silva

Guilherme Veloso

Sofia Reinach

Maria de Fátima Marinho de Souza

Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo

Albano Vicente Lopes Ferreira

Plácido Cardoso

Maria da Luz Lima Mendonça

Mohsin Sidat

Manuela Mendonça Felício

Paulo Ferrinho

Fernando Passos Cupertino de Barros

Deborah Carvalho Malta

Resumo

Introdução: a Violência Contra Meninas e Mulheres (VCMM) é um agravo de relevância em Saúde Pública, e seu enfrentamento faz parte da Agenda 2030. Conhecer sua prevalência é essencial para a elaboração de políticas públicas estratégicas. Objetivo: analisar a evolução temporal da prevalência de VCMM na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP).

Metodologia: foram analisados dados do Global Burden of Disease para a prevalência da VCMM na CPLP de 1990 até 2019 e sua projeção até 2030, a partir dos indicadores da Agenda 2030. Realizou-se ainda análise da associação da prevalência com o Índice Sociodemográfico (SDI) de cada país. **Resultados:** a prevalência da Violência por Parceiro Íntimo (VPI) variou de 10% a 40% em 1990, com tendência de queda em todos os países. Para a violência sexual por pessoas não parceiras íntimas, a prevalência, em 1990, variou de 0,3% a 2%, com tendência de elevação das prevalências. Menores prevalências de VPI se relacionaram com maiores SDI. **Conclusão:** a VCMM tem alta prevalência na CPLP, sendo que o principal agressor é o parceiro íntimo. Essa violência se mostra relacionada com o desenvolvimento social do país e, apesar da tendência de queda até 2030, está longe de ser eliminada.

Palavras-chave: Violência Contra as Mulheres. Violência de Gênero. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Epidemiologia. Políticas Públicas.

Résumé

Introduction: la violence à l'égard des filles et des femmes (VCMM) est un problème pertinent en matière de santé publique et sa lutte fait partie de l'Agenda 2030. Connaître sa prévalence est essentiel pour l'élaboration de politiques publiques stratégiques. **Objectif:** analyser l'évolution temporelle de la prévalence du VCMM dans la Communauté des pays de langue portugaise (CPLP). **Méthodologie:** les données de la charge mondiale de morbidité (GBD) ont été analysées pour la prévalence du VCMM dans la CPLP de 1990 à 2019 et sa projection jusqu'en 2030, sur la base des indicateurs de l'Agenda 2030. Une analyse de l'association entre la prévalence et la Un index socio-démographique (IDS) de chaque pays a également été réalisé. **Résultats:** la prévalence de la violence conjugale (VPI) variait entre 10 et 40 % en 1990, avec une tendance à la baisse dans tous les pays. Pour la violence sexuelle commise par des personnes qui ne sont pas des partenaires intimes, la prévalence en 1990 variait entre 0,3 % et 2 %, avec une tendance à la hausse. Une prévalence plus faible de VPI était liée à une IDS plus élevée. **Conclusion:** le VCMM a une prévalence élevée en CPLP, le principal agresseur étant le partenaire intime. Cette violence est liée au développement social du pays et, malgré une tendance à la baisse jusqu'en 2030, elle est loin d'être éliminée.

Mots-cles: Violence Contre les Femmes. Violence Sexiste. Communauté des Pays de Langue Portugaise. Épidémiologie. Politique Publique.

Abstract

Introduction: Violence Against Girls and Women (VCMM) is a relevant Public Health problem and coping it is part of the 2030 Agenda. Knowing its prevalence is essential for developing strategic Public Policies. **Objective:** to analyze the temporal evolution of the prevalence of VCMM in the Community of Portuguese Speaking Countries (CPLP). **Methodology:** data from the Global Burden of Disease (GBD) were analyzed for the prevalence of VCMM in the CPLP from 1990 to 2019 and its projection until 2030, based on the indicators of the 2030 Agenda. An analysis of the association between prevalence and the Index was also carried out. Socio-Demographic (SDI) of each country. **Results:** the prevalence of intimate partner violence (IPV) varied between 10 and 40% in 1990, with a downward trend in all countries. For sexual violence by people who are not intimate partners, the prevalence in 1990 ranged from 0.3% to 2%, with a tendency for prevalence to rise. Lower prevalence of IPV was related to higher SDI. **Conclusion:** VCMM has a high prevalence in CPLP, with intimate partner as its main aggressor. This violence is related to the country's social development and, despite the downward trend until 2030, it is far from being eliminated.

Keywords: Violence Against Women. Gender-based Violence. Community of Portuguese-Speaking Countries. Epidemiology. Public Policy.

1. Introdução

Os países da CPLP compartilham a herança da colonização portuguesa. Essa colonização baseou-se em uma visão dual da raça, estruturando-se em uma política que institucionalizou uma violência que inferioriza o ser humano e o torna domesticado e sem dignidade¹. Mais grave ainda: as colônias conviveram sistematicamente com a violação dos corpos femininos, que eram vistos como objeto de satisfação dos colonizadores, sem direito à escolha e sem reconhecimento dos frutos de seus estupros². Dessa forma, as mulheres da CPLP convivem desde muito tempo com a violência e, em especial, com a forma mais cruel das violências não letais, a violência sexual, que se traduz em apropriação de seus corpos, que é seu pertence mais íntimo³.

A Violência Contra Meninas e Mulheres (VCMM) é um agravo de relevância na saúde pública por sua magnitude e seu potencial deletério na vida das mulheres que convivem com ela. Globalmente, 30% das mulheres de 15 anos ou mais relataram já ter sofrido violência física e/ou sexual alguma vez na vida⁴. Em número absolutos, apenas em 2019, aproximadamente 177 milhões de mulheres foram vítimas de violência em todo o mun-

do⁵. Dentre os países da CPLP, há destaque negativo para Guiné Equatorial, Timor-Leste e Angola, considerados o 4º, 6º e 10º países com maiores prevalências de VPI do mundo⁴.

Uma característica perversa da VCMM é o fato de ela ser usualmente praticada por pessoas do convívio das mulheres, como seus parceiros íntimos e familiares. No Brasil, por exemplo, 53% dos episódios de violência sexual relatados por mulheres de 18 anos ou mais tiveram como agressor o parceiro íntimo. Para adolescentes entre 13 e 17 anos, 29% das violências foram praticadas por parceiro íntimo.

O enfrentamento da violência é considerado uma prioridade em saúde e, inclusive, compõe o ODS 5, que dita sobre a Igualdade de Gênero e que traz como uma de suas metas “eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos”⁶. Dessa forma, conhecer a prevalência da violência sexual na CPLP é essencial para a elaboração de políticas públicas estratégicas que possibilitem o alcance da meta proposta pela ONU até 2030.

Desse modo, neste capítulo, analisaremos a prevalência da violência contra as meninas e as mulheres da CPLP e sua evolução temporal ao longo das últimas décadas.

2. Desenvolvimento

2.1 Metodologia

Foram analisados dados do GBD para a prevalência da violência contra mulheres acima de 15 anos dos países da CPLP desde 1990 até 2019.

Analisaram-se os seguintes indicadores determinados pela Agenda 2030:

- **Indicador 5.2.1:** a proporção de mulheres e meninas com 15 anos ou mais sujeitas a violência física, sexual ou psicológica cometida por um parceiro íntimo atual ou anterior;
- **Indicador 5.2.2:** a proporção de mulheres e meninas com 15 anos ou mais sujeitas a violência sexual por pessoas não parceiras íntimas.

As diferentes formas de violência incluídas nos dois indicadores são definidas pelas Nações Unidas⁷ da seguinte forma:

1. A violência física consiste em atos destinados a ferir fisicamente a vítima e inclui, mas não está limitada a: atos como empurrar, agarrar, torcer o braço, puxar cabelos, dar tapas, chutar, morder, bater com o punho ou objeto, tentar estrangular ou sufocar, queimar ou escaldar propositalmente, ou ameaçar ou atacar com algum tipo de arma, revólver ou faca;
2. A violência sexual é definida como qualquer tipo de comportamento sexual prejudicial ou indesejado imposto a alguém, seja por uso de força física, intimidação ou

coerção. Inclui atos de abuso sexual, atos sexuais forçados, tentativa ou consumação de atos sexuais (relação sexual) sem consentimento (estupro ou tentativa de estupro), atos sem contato, como ser forçado a assistir ou participar de pornografia etc.

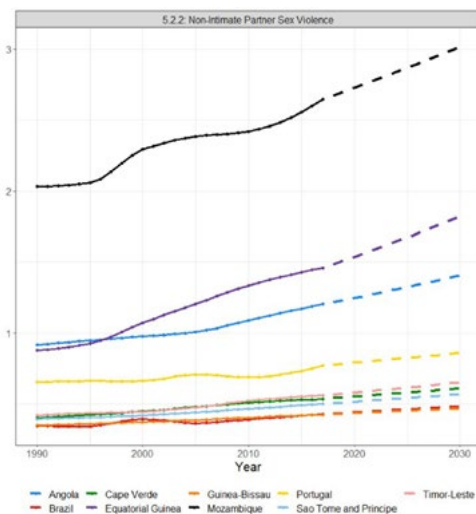
3. A violência psicológica consiste em qualquer ato que induza medo ou sofrimento emocional. Inclui uma gama de comportamentos que englobam atos de abuso emocional, por exemplo, ser frequentemente humilhado em público, intimidado ou tendo coisas de que se gosta destruídas.

Com os dados de prevalência coletados, fez-se ainda uma correlação de Spearman da prevalência de cada tipo de violência sexual com o SDI, que combina informações sobre economia, educação e taxa de fertilidade de países ao redor do mundo, como uma representação de desenvolvimento social e econômico. O índice varia de 0 a 1, e quanto maior o índice, maior o nível teórico de desenvolvimento da localidade⁸.

2.2 Resultados

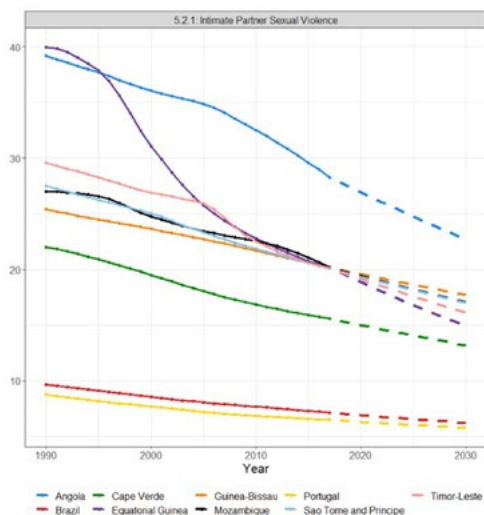
A violência sexual contra mulheres e meninas por pessoas não parceiras íntimas tinha baixa prevalência no início do período analisado, de aproximadamente 2% em Moçambique em 1990, país com maior prevalência naquele ano. Em contraste, Brasil e Guiné-Bissau apresentavam as menores prevalências, de aproximadamente 0,3%. A tendência mostra uma elevação das prevalências em todos os países da CPLP, sendo que a projeção para 2030 capta um aumento de aproximadamente 50% da prevalência para Moçambique, taxa de crescimento semelhante para Angola e Guiné Equatorial (figura 1).

Figura 1. Tendência temporal de 1990 a 2030 da violência sexual contra meninas e mulheres por pessoa não parceira íntima, nos países da CPLP. GBD, 2022



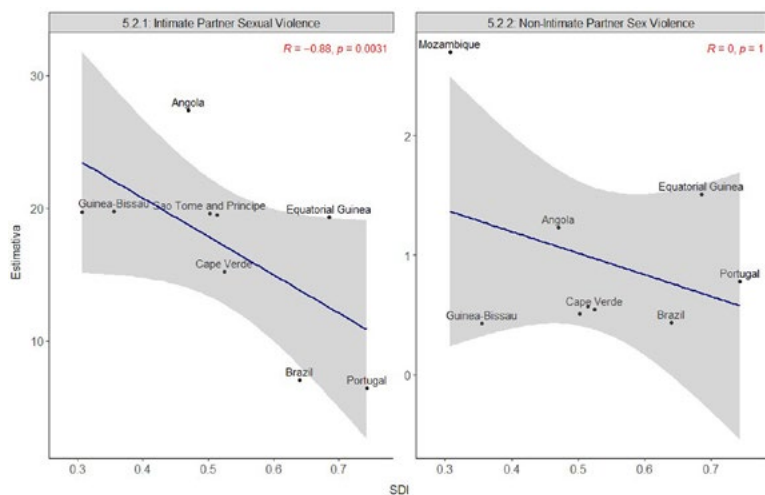
Em intenso contraste, a prevalência da VCMM por parceiro íntimo variou de 40% em Angola e na Guiné Equatorial a 10% no Brasil e em Portugal em 1990. A tendência de todos os países foi de queda dessas prevalências, sendo que, em 2019, ela permaneceu acima de 25% somente em Angola, estando abaixo de 5% no Brasil e em Portugal (figura 2).

Figura 2. Tendência temporal de 1990 a 2030 da violência contra meninas e mulheres por parceiro íntimo nos países da CPLP. GBD, 2022



Analisando a associação da prevalência com o SDI, percebe-se que a violência sexual por parceiro íntimo tem linha descendente, ou seja, menores prevalências se relacionam com maiores SDI. Para a violência sexual por não parceiro íntimo, a associação não se mostrou estatisticamente significativa (figura 3).

Figura 3. Análise de correlação entre os indicadores de VCMM e o SDI. GBD, 2022



2.3 Discussão

Os resultados mostram que a VCMM tem alta prevalência em todos os países da CPLP, porém, com menores taxas no Brasil e em Portugal. Apesar da tendência de queda, o principal agressor é um parceiro íntimo, sendo que, na maioria dos países, uma em cada cinco mulheres relata esse tipo de violência. Além disso, foi percebido que a prevalência da VCMM por parceiro íntimo é mais alta em países com menor desenvolvimento sociodemográfico.

Os resultados aqui encontrados são coincidentes com o descrito na literatura, que afirma que a VCMM é principalmente uma violação doméstica, que acontece por parceiro íntimo. Um fenômeno caracterizado como endêmico em todo mundo, os dados enfatizam que uma em cada três mulheres sofre essa violência, muitas destas antes dos 20 anos de idade⁴.

Essa violência ocorre de maneira cotidiana, violando os direitos humanos das mulheres e se constituindo em um grave problema de saúde pública. Ela comumente ocorre em contextos específicos, como ambientes domésticos e locais de trabalho, refletindo estereótipos de gênero, formas múltiplas e interseccionadas de discriminação e relações de poder desiguais baseadas no gênero^{9,10}.

Ela aparece ainda como obstáculo para o desenvolvimento sustentável, com consequências não apenas para as mulheres que a sofrem, mas também para as famílias, as comunidades e toda a sociedade¹¹. O enfrentamento dessa forma de violência é um desafio para os gestores, sendo que, durante as últimas décadas, foi notado apenas tímidos decréscimos da prevalência⁴.

Quando se trata da CPLP, persistem desafios históricos agravantes para a prevalência da VCMM. Nesses países, a desigualdade de gênero é um comportamento cultural que submete as mulheres aos ordenamentos masculinos como controle social¹². A autonomia da mulher é vista como ameaça para a estrutura social tradicional, sendo que elas são constantemente oprimidas, tendo seus direitos cerceados e sendo submetidas à violência por seus parceiros¹³. Em Moçambique, país com projeção de crescimento da violência sexual por não parceiro íntimo, por exemplo, existe uma cultura de casamentos prematuros, ritos de iniciação e rituais de purificação da viúva. Esse último obriga a mulher a manter relação sexual desprotegida com o cunhado após a morte do marido, sob o risco de perder seus bens financeiros caso se recuse a praticar tal ritual¹⁴.

Outro fator de grande impacto para a violência que permeia os países da CPLP é a pobreza como marcador de desigualdade. Sabe-se que a pobreza em si não pode explicar a violência, mas a iniquidade social a que os indivíduos são submetidos degrada o bem-estar individual e comunitário, o que leva ao aumento do índice de violência nesses

locais¹⁵. No tocante à mulher, a pobreza parece estar relacionada com menor empoderamento e proteção social, levando a maior vulnerabilidade¹⁶. Angola, país com maior prevalência de VCMH por parceiros íntimos na CPLP, por exemplo, apresenta fatores que se associam tanto ao baixo SDI quanto à violência contra as mulheres, tais como: acesso não igualitário à educação, desigualdade de oportunidades ou de pagamento salarial pelo trabalho, escassez de mulheres em posições estratégicas no governo, assim como desigualdades nos direitos de propriedade e de herança¹⁷.

Tendo em vista a magnitude da violência contra as mulheres na CPLP, foram realizadas pactuações com todos os representantes desses países na tentativa de achar soluções de curto, médio e longo prazo para esse agravo. A VII Reunião de Ministros(as) Responsáveis pela Igualdade de Gênero realizada em 2022, por exemplo, assinou uma Declaração Final com a pactuação que envolve “o combate a todas as formas de violência contra as mulheres e as meninas, incluindo as práticas tradicionais nefastas”¹⁸.

Para além disso, tendo em vista a necessidade de ações de promoção do progresso social e de cooperação entre os Estados-Membros na prevenção e no enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres e as meninas, foi desenvolvido o Plano Estratégico de Igualdade de Gênero e Empoderamento das Mulheres da CPLP (Pecigem), que tem sido considerado prioritário, com reforço de sua importância no Plano de Ação 2022-2024. A estratégia estabelecida nesses planos é de responsabilização dos agressores, proteção às sobreviventes e, principalmente, empoderamento das mulheres para a equidade de gênero¹⁸.

As políticas públicas são a melhor forma de enfrentamento da violência que os governos podem implementar. Nota-se, nos resultados deste estudo, por exemplo, que os países que investem na intervenção estatal apresentam menores prevalências.

No Brasil, especificamente, foi lançada, em 2011, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, que formulou o atendimento a vítimas de violência em rede intersetorial por meio de ações que:

[...] desconstruam as desigualdades e combatam as discriminações de gênero e a violência contra as mulheres; interfiram nos padrões sexistas/machistas ainda presentes na sociedade brasileira; promovam o empoderamento das mulheres; e garantam um atendimento qualificado e humanizado às mulheres em situação de violência.¹⁹

Apesar de todos os retrocessos que o País apresentou entre 2016 e 2022, as taxas de violência estão entre as mais baixas da CPLP. Ainda, em 2023, novas políticas têm sido desenvolvidas para o alcance da meta de eliminação da violência, com especial atenção à independência financeira das mulheres e à proteção de seus direitos constitucionais, como o acesso ao aborto legal em casos de gestação secundária à estupro²⁰.

Em Portugal, país com a menor taxa de VPI, têm sido desenvolvidas políticas integradas para assegurar que a prevenção da VCMM seja incluída na agenda das políticas nacionais. Assim, têm sido privilegiadas ações de proteção, prevenção e suporte, envolvendo os seguintes setores: Justiça, Saúde, Educação, Emprego, Ministério Público, Comunicação, Segurança Pública, Cidadania e Igualdade. A Estratégia Nacional para a Igualdade e Não Discriminação 2018-2030, por exemplo, contém o Plano de Ação para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e à Violência Doméstica. Mais que isso, a nova legislação nacional alargou o âmbito da proteção das vítimas de violência doméstica, além de criar arcabouço para novos bancos de dados que auxiliem na construção de evidências que embasem as políticas públicas nessa área.

3. Conclusão

Os resultados deste estudo indicam que a VCMM é um problema prevalente na CPLP. Apesar de ser agravo claramente evitável, mantém-se invisível na maioria dos países, e os governos ainda estão distantes das metas dos ODS e da eliminação dessa violência.

O enfrentamento da violência sexual deve ser assunto prioritário para todas as localidades, como estabelecido pela Agenda 2030. Ações que visem ao empoderamento feminino e à mudança da cultura patriarcal enraizada na CPLP são imprescindíveis para que se garanta o direito de uma vida digna a todas as mulheres.

Referências

1. Meneses MP. Colonialismo como violência: a “missão civilizadora” de Portugal em Moçambique. RCCC. 2018;(spe):115-140. doi: 10.4000/rccs.7741
2. Belonia CS. Violência contra a mulher negra: do racismo ao estupro. Crioula. 2019;(24):214-21. doi: 10.11606/issn.1981-7169.crioula.2019.163163
3. Instituto Patrícia Galvão. Dossiê Violência Sexual [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 22]. Available from: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia-sexual>
4. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018. Geneva: World Health Organization; 2021.
5. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare [Internet]. Seattle: University of Washington; 2020 [cited 2023 Nov 22]. Available from: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.

6. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development [Internet]. New York: United Nations; 2015 [cited 2023 Dec 10]. : <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/89/PDF/N1529189.pdf?OpenElement>
7. United Nations. SGD Indicators Metadata repository [Internet]. New York: UN; 2023 [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/>
8. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Socio-Demographic Index (SDI) 1950-2019. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2020. doi: 10.6069/D8QB-JK35
9. Gerino E, Caldarera AM, Curti L, Brustia P, Rollè L. Intimate Partner Violence in the Golden Age: Systematic Review of Risk and Protective Factors. *Front. Psychol.* 2018 Sep 4;9:1595. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01595
10. Ferrinho P, Biscaia A, Fronteira I, Craveiro I, Antunes AR, Conceição C, et al. Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector. *Hum Resour Health.* 2003;1(1):11. doi: 10.1186/1478-4491-1-11
11. Organización Panamericana de la Salud. Adaptación del marco global Respeto en los países de América Latina y el Caribe. Washington DC: Opas; 2023. doi: 10.37774/9789275328040
12. República da Angola. Ministério da Ação Social, Família e Promoção da Mulher. Declaração Final. “Empoderar a mulher para a equidade de género – rumo ao desenvolvimento sustentável”. In: VII Reunião de Ministros(as) Responsáveis pela Igualdade de Género [Internet]. Luanda: CPLP; 2022 [cited 2023 Dec 12]. Available from: <https://www.cplp.org/id-4229.aspx?PID=10059&M=NewsV2&Action=1&NewsId=9495>
13. Bergh-Collier EVD. Um perfil das relações de género: Para a igualdade de género em Moçambique [Internet]. Estocolmo: Agência Sueca de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento; 2007 [cited 2023 Nov 22]. Available from: <https://cdn.sida.se/publications/files/sida31600pt-towards-gender-equality-in-mozambique.pdf>.
14. Estavela AJ, Seidl EMF. Vulnerabilidades de género, práticas culturais e infecção pelo HIV em Maputo. *Psicol Soc.* 2015;27(3):569-78. doi: 10.1590/1807-03102015v27n3p569
15. Wanzinack C, Signorelli MC, Reis C. Homicides and socio-environmental determinants of health in Brazil: a systematic literature review. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(12):e00012818. doi: 10.1590/0102-311x00012818
16. Damonti P, Leache PA. Las situaciones de exclusión social como factor de vulnerabilidad a la violencia de género en la pareja: Desigualdades estructurales y relaciones de poder de género. *EMP.* 2020;(48):205-30. doi: 10.5944/empiria.48.2020.28076

17. Kitombe C, Pacatolo C. Em Angola, a violência baseada no gênero é vista como principal desafio aos direitos das mulheres. AfroBarometer [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 22];(586):1-10. Available from: www.afrobarometer.org/online-data-analysis.
18. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Plano de Acção 2022-2024. In: Anais da 7. Reunião de Ministros/as e responsáveis pela igualdade de gênero da Comunidade dos Países da Língua Portuguesa; 2022 [Internet]. Luanda: CPLP; 2022 [cited 2023 Nov 2022]. Available from: <https://www.cplp.org/id-4447.aspx?Action=1&NewsId=9495&M=NewsV2&PID=10872>
19. Brasil. Presidência da República. Secretaria de políticas para as mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres, Presidência da República; 2011.
20. Fernandes W. Direitos das mulheres na legislação brasileira (linha do tempo). Jusbrasil [Internet]. 2023 Mar 10 [cited 2023 Nov 22]. Available from: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/direitos-das-mulheres-na-legislacao-brasileira-linha-do-tempo/1776438470>

Sobre os autores

Nádia Machado de Vasconcelos. Doutoranda em Saúde Pública. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Belo Horizonte (MG), Brasil. ORCID:0000-0002-2323-3064

Shirlei Moreira da Costa Faria. Especialista em Enfermagem na Saúde Pública com Ênfase em Vigilância em Saúde. Fundação Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil. ORCID: 0000-0002-7901-4098

Alanna Gomes da Silva. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belo Horizonte (MG), Brasil. ORCID: 0000-0003-2587-5658.

Guilherme Veloso. Doutor em Estatística. Universidade Federal Fluminense, Instituto de Matemática e Estatística, Departamento de estatística, Niterói (RJ), Brasil. ORCID: 0000-0002-5348-3793

Sofia Reinach. Mestra em Administração Pública e Governo. Vital Strategies Brazil, São Paulo (SP), Brasil. ORCID: 0000-0003-1957-8243

Maria de Fátima Marinho de Souza. Doutora em Saúde Preventiva. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo (SP), Brasil. ORCID: 0000-0003-3287-9163

Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo. Doutora em Ciências. Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina, Belo Horizonte (MG), Brasil. ORCID:0000-0003-1263-1646

Albano Vicente Lopes Ferreira. Doutor. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte (MG), Brasil. ORCID: 0000-0002-2740-0042

Plácido Cardoso. Mestre em Saúde Internacional, Ministério da Saúde Pública, Guiné-Bissau. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4326-8675>

Maria da Luz Lima Mendonça. Mestra em Saúde de Desenvolvimento, Departamento de Ciência, Inovação e Formação – Instituto Nacional de Saúde Pública de Cabo Verde. ORCID: 0000-0002-0008-959X

Mohsin Sidat. Doutor, Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, Mozambique. ORCID: 0000-0002-8378-2014

Manuela Mendonça Felício. Médica especialista em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte e Direção-Geral da Saúde (Plano Nacional de Saúde 2030), Porto, Portugal. ORCID: 0000-0003-4282-6700

Paulo Ferrinho. Doutor em Saúde Pública. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal. ORCID: 0000-0002-3722-0803

Fernando Passos Cupertino de Barros. Doutor em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Goiás, Goiás, Brasil. ORCID: 0000-0003-1188-7973

Deborah Carvalho Malta. Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belo Horizonte (MG), Brasil. ORCID: 0000-0002-8214-5734.

Autora de correspondência

Nádia Machado de Vasconcelos

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 30130-100 – Tel: + 55 31 3409 9862 – Fax: + 55 31 3409 9860 – E-mail: dcmalta@uol.com.br.

O SEGUNDO OBJETIVO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: VIGILÂNCIA DA INSEGURANÇA ALIMENTAR E DA MÁ NUTRIÇÃO NO BRASIL

*Le deuxième objectif de développement durable: surveillance de l'insécurité
alimentaire et de la malnutrition au Brésil*

*The second Sustainable Development Goal: surveillance of food insecurity
and malnutrition in Brazil*

Caroline de Oliveira Gallo

Patrícia Constante Jaime

Resumo

Este ensaio objetivou descrever indicadores de monitoramento das Metas 2.1 e 2.2 do segundo Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) no cenário brasileiro. Foram revisados dados nacionais provenientes de inquéritos consolidados e sistemas de informação em saúde, que permitem o monitoramento sistemático das condições de nutrição e Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) da população, considerando os períodos anterior e posterior ao compromisso do Estado brasileiro perante as Nações Unidas em 2015. Mostra-se que o Brasil está distante de atingir o segundo ODS. A prevalência de excesso de peso começa a aumentar entre menores de 5 anos de idade enquanto a estagnação da desnutrição crônica e o aparente aumento da desnutrição aguda neste público preocupam. Concomitantemente, o retorno da fome nas maiores proporções, desde 2004, distancia o País de atingir as metas globais e aponta para a violação ao Direito Humano à Alimentação Adequada. As crises econômica e política iniciadas em 2015, somadas ao desmantelamento de políticas públicas de proteção social e SAN, agravadas pela crise sanitária em 2020, mitigaram muitos avanços conquistados no passado. Fortalecer políticas existentes de SAN e criar estratégias, contando com a participação e o controle social, pode contribuir para enfrentar velhos e novos problemas de saúde pública.

Palavras-chave: Desenvolvimento Sustentável. Direitos Humanos. Segurança Alimentar. Vigilância Alimentar e Nutricional.

Résumé

Cet essai visait à décrire les indicateurs de suivi des objectifs 2.1 et 2.2 du deuxième objectif de développement durable (ODD) dans le scénario brésilien. On a examiné les données nationales provenant d'enquêtes nationales et des systèmes d'information sanitaire, qui permettent le suivi des conditions nutritionnelles et de la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle (SAN) de la population, en considérant les périodes avant et après l'engagement de l'État brésilien auprès des Nations Unies en 2015. Il apparaît que le Brésil est loin d'atteindre le deuxième ODD. La prévalence du surpoids commence à augmenter chez les enfants de moins de 5 ans, tandis que la stagnation de la malnutrition chronique et l'augmentation apparente de la malnutrition aiguë dans cette population sont préoccupantes. Dans le même temps, le retour de la faim dans des proportions plus grandes, depuis 2004 éloigne le pays de la réalisation des objectifs mondiaux et met en évidence la violation du droit humain à une alimentation adéquate. Les crises économiques et politiques qui ont débuté en 2015, ajoutées au démantèlement des politiques publiques de protection sociale et de SAN, aggravées par la crise sanitaire en 2020, ont

atténué de nombreux progrès réalisés dans le passé. Le renforcement des politiques de SAN existantes et la création de stratégies fondées sur la participation et le contrôle social peuvent contribuer à faire face aux problèmes de santé publique, anciens et nouveaux.

Mots-clés: Développement Durable. Droits de L'homme. Sécurité Alimentaire. Surveillance Nutritionnelle.

Abstract

This essay aimed to describe monitoring indicators for Goals 2.1 and 2.2 of the second Sustainable Development Goal (SDG) in the Brazilian scenario. National data from consolidated surveys and health information systems were reviewed, which allow systematic monitoring of nutrition conditions and Food and Nutritional Security (FNS) of the population, considering the periods before and after the Brazilian State's commitment to the United Nations in 2015. It's show that Brazil is far from achieving the second SDG. The prevalence of overweight is beginning to increase among children under 5 years of age, while the stagnation of chronic malnutrition and the apparent increase in acute malnutrition in this population are concerns. At the same time, the return of hunger in greater proportions since 2004, distances the Country from achieving global goals and points to the violation of the Human Right to Adequate Food. The economic and political crises that began in 2015, added to the dismantling of public social protection and SAN policies, worsened by the health crisis in 2020, mitigated many advances achieved in the past. Strengthening existing FNS policies and creating strategies, relying on participation and social control, can contribute to facing old and new public health problems.

Keywords: Sustainable Development. Human Rights. Food Security Food. Nutritional Surveillance.

1. INTRODUÇÃO

Os ODS são fruto de um processo histórico de acordos entre Estados-Membros das Nações Unidas que resultou na pactuação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável na Assembleia Geral da ONU em setembro de 2015. A Agenda teve por base os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (2000-2015), sendo composta por 17 objetivos e 169 metas globais, que abordam os principais desafios atuais para a humanidade, na busca de garantir o desenvolvimento sustentável dos países nas esferas econômica, social e ambiental^{1,2}.

Suas metas centrais tratam de temas diversificados e possuem natureza integrada e interrelacionada, cuja finalidade é enfrentar a pobreza e as desigualdades em todas as suas dimensões, proteger o meio ambiente e o clima e garantir os direitos humanos universais, com ênfase nas necessidades de grupos populacionais vulneráveis ao redor do mundo, até o ano de 2030¹.

O segundo objetivo – Fome Zero e Agricultura Sustentável –, objeto de estudo do presente capítulo, faz um apelo aos países para erradicação da fome, alcance da segurança alimentar, melhora da nutrição e promoção da agricultura sustentável, por meio de oito metas. As Metas 2.1 e 2.2, especificamente, tratam da temática da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). O texto inicial, ratificado pelas Nações Unidas, foi adaptado para a realidade local pelo governo federal e pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)³:

Meta 2.1: até 2030, erradicar a fome e garantir o acesso de todas as pessoas, em particular os pobres e pessoas em situações vulneráveis, incluindo crianças e idosos, a alimentos seguros, culturalmente adequados, saudáveis e suficientes durante todo o ano;

Meta 2.2: até 2030, erradicar as formas de má-nutrição relacionadas à desnutrição, reduzir as formas de má-nutrição relacionadas ao sobrepeso ou à obesidade, prevendo o alcance até 2025 das metas acordadas internacionalmente sobre desnutrição crônica e desnutrição aguda em crianças menores de 5 anos de idade, e garantir a SAN de meninas adolescentes, mulheres grávidas e lactantes, pessoas idosas e povos e comunidades tradicionais.

O alcance das metas é monitorado por meio de 232 indicadores nacionais e regionais que permitem a comparabilidade entre países. Relativamente ao segundo ODS, são propostos indicadores específicos para cada meta: prevalência de subalimentação (2.1.1); prevalência de insegurança alimentar moderada ou grave, baseado na Escala de Experiência de Insegurança Alimentar (2.1.2); prevalência de atrasos no crescimento nas crianças com menos de 5 anos de idade (2.2.1); e prevalência de má nutrição nas crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo de má nutrição (baixo peso e excesso de peso) (2.2.2)⁴.

Os indicadores 2.1.1 e 2.1.2 relacionam-se com o acesso e com a disponibilidade de alimentos. O primeiro estima a porcentagem de indivíduos em situação de subalimentação em uma determinada população enquanto o segundo avalia o acesso financeiro a alimentos de qualidade em quantidade suficiente em nível individual ou domiciliar. Já os indicadores 2.2.1 e 2.2.2 possibilitam monitorar a tripla carga de má nutrição entre crianças de até 5 anos de idade⁵.

Adicionalmente, muitos dos ODS se alinham aos objetivos propostos pela Década de Ação das Nações Unidas para a Nutrição, definida pela Organização das Nações

Unidas para Alimentação e Agricultura (Food and Agriculture Organization – FAO) e pela OMS para o período entre 2016 e 2025, da qual o Brasil foi signatário. Os objetivos propostos visam contribuir para o alcance da segunda meta do ODS 2 e reforçam acordos anteriores, na ocasião da 65ª Assembleia Mundial da Saúde em 2012, para a boa nutrição materno-infantil. Quatro das seis metas propostas para a Década de Ação para a Nutrição foram incorporadas aos ODS: reduzir 50% das taxas de déficit de crescimento; reduzir e manter em até 3% as taxas de baixo peso e de excesso de peso em crianças de 0 a 5 anos de idade; e reduzir 50% da prevalência de anemia em mulheres em idade reprodutiva⁶⁻⁸.

Após oito anos da implementação dos ODS no âmbito de uma Agenda global, faz-se necessário compreender as mudanças e os avanços alcançados pelo Brasil até o momento, de modo que políticas públicas possam ser (re)pensadas e (re)estruturadas para aproximar o País dos objetivos universais acordados em 2015.

O último relatório de progresso dos ODS publicado pela FAO em 2023 indica que o número de pessoas no mundo que enfrentam a fome e a insegurança alimentar tem aumentado desde 2015, em razão da crise sanitária deflagrada pela pandemia da covid-19, dos conflitos entre países, dos seus eventos naturais decorrentes das alterações climáticas e das crescentes desigualdades sociais⁹. Especificamente a pandemia da covid-19, vivenciada entre 2020 e 2022, trouxe obstáculos e desafios à implementação de ações ao redor do mundo, agravando desigualdades sociais preexistentes. Grupos sociais mais vulneráveis, como pobres, negros, indígenas e trabalhadores precarizados, foram amplamente afetados pelos desdobramentos da crise sanitária¹⁰.

Diante do exposto, este capítulo faz um esforço para descrever e analisar indicadores de monitoramento das Metas 2.1 e 2.2 do segundo ODS no cenário brasileiro, dialogando com o contexto da pandemia da covid-19. Para isso, sucedeu-se um resgate histórico de dados nacionais provenientes de inquéritos consolidados e Sistemas de Informação em Saúde (SIS), que permitem o monitoramento sistemático das condições de nutrição e de segurança alimentar da população brasileira, considerando os períodos anterior e posterior ao compromisso do Estado brasileiro perante as Nações Unidas em 2015 (quadro 1). O ano de 2014 – ou o último ano anterior a 2015 com dados disponíveis – foi escolhido como marcador do período anterior ao compromisso dos ODS.

Pretendeu-se, com isso, responder à seguinte pergunta: quão próximo está o Brasil de atingir as Metas 2.1 e 2.2 do segundo ODS?

Quadro 1. Indicadores de monitoramento das metas do segundo Objetivo de Desenvolvimento Sustentável disponíveis para avaliação do cenário brasileiro

Monitoramento do Segundo Objetivo de Desenvolvimento Sustentável da ONU			
Meta	Indicador	Definição do Indicador	Fontes de Informação
Meta 2.1	2.1.1 – Prevalência de subalimentação	Porcentagem de indivíduos subalimentados em uma população (subalimentação: ocorre quando a dieta não é capaz de atender as necessidades energéticas necessárias para manter uma vida normal, ativa e saudável)	SOFI (2023) ³
	2.1.2 – Prevalência de insegurança alimentar moderada ou grave	Prevalência de insegurança alimentar moderada ou grave, baseada em escala de percepção e experiência de insegurança alimentar	SOFI (2023) ³ Vigisan (2020-22) ⁴
Meta 2.2	2.2.1 – Prevalência de déficit de estatura entre menores de cinco anos de idade	Proporção de crianças de 0 a 59 meses de idade com índice estatura-para-idade abaixo de -2 escores-z em relação a distribuição de referência, segundo sexo ¹	PNDS (2006) ⁵ Enani (2019) ⁶ Sisvan (2014-22) ⁷
	2.2.2 – Prevalência de baixo peso entre menores de cinco anos de idade	Proporção de crianças de 0 a 59 meses de idade com peso-para-altura ou IMC ² -para-idade abaixo de -2 escores-z da distribuição de referência, segundo sexo ¹	PNDS (2006) ⁵ Enani (2019) ⁶ Sisvan (2014-22) ⁷
	2.2.2 – Prevalência de excesso de peso entre menores de cinco anos de idade	Proporção de crianças de 0 a 59 meses de idade com peso-para-altura ou IMC ² -para-idade acima de +2 escores-z da distribuição de referência, segundo sexo ¹	PNDS (2006) ⁵ Enani (2019) ⁶ Sisvan (2014-22) ⁷

¹ O cálculo do escore-z dos índices antropométricos tem por base a referência do WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2006);

² IMC: Índice de Massa Corpórea (massa corporal em kg dividida pela estatura ao quadrado);

³ SOFI: The State of Food Security and Nutrition in the World 2023 (Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura);

⁴ Vigisan: Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil;

⁵ PNDS: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde;

⁶ Enani: Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil;

⁷ Sisvan: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

2. Desenvolvimento

2.1 Resultados

O monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil

Meta 2.1 – Erradicação da fome e garantia da Segurança Alimentar

Como mencionado anteriormente, a FAO utiliza dois indicadores para monitorar o progresso dos países em direção à Meta 2.1 (quadro 1). A “Prevalência de Subalimen-

tação” – do inglês Prevalence of Undernourishment (PoU) – relaciona-se com a meta de “erradicação da fome”, enquanto o indicador baseado na “Escala de Experiência de Insegurança Alimentar”, ou Food Insecurity Experience Scale (FIES) no inglês, complementa o monitoramento da Meta 2.1 – “garantir o acesso a alimentos seguros, nutritivos e suficientes para todos”.

O indicador 2.1.1 – Prevalência de Subalimentação ou PoU –, usado pela FAO há muitos anos para produzir o Mapa da Fome, avalia a probabilidade de a ingestão calórica per capita estar abaixo das necessidades energéticas mínimas, ponderadas por sexo e idade. A disponibilidade calórica média per capita de um determinado país é usada como *proxy* da ingestão^{5,11}. A média de três anos (2004-2006) para o Brasil foi de 6,5% (12,1 milhões de pessoas), enquanto a média estimada para 2020-2022 foi de 4,7% (10,1 milhões de pessoas), indicando redução da subalimentação e retirada do Brasil do Mapa da Fome (PoU < 5%). Destaca-se que o grande avanço na redução da PoU se deu, na realidade, entre 2002 e 2014, quando o declínio foi de 82% (PoU de 1,7% nesse ano)⁵.

Entretanto, trata-se de uma medida indireta e agregada de segurança alimentar, cuja lente volta-se à dimensão da disponibilidade de alimentos, homogeneizando grupos populacionais em diferentes riscos de insegurança alimentar. Atualmente, a escassez de alimentos não constitui um obstáculo à garantia da segurança alimentar, mas sim a dificuldade de acesso à alimentação adequada pelos estratos mais pobres e vulneráveis da sociedade¹¹. Desse modo, instrumentos de mensuração direta da segurança alimentar com ênfase na dimensão de acesso são mais recomendados para estimar prevalências e identificar grupos de risco em nível local, regional ou nacional^{11,12}.

Nesse sentido, o questionário da FAO (FIES) mensura experiências autorrelatadas associadas a dificuldades no acesso aos alimentos devido a restrições de recursos – Insegurança Alimentar e Nutricional (Insan) –, nos 12 meses anteriores à entrevista, e fornece duas classificações de Insan, utilizadas para o monitoramento da primeira meta do segundo ODS: insegurança alimentar moderada – incerteza quanto ao acesso futuro a comida e piora na qualidade da dieta e/ou redução na quantidade de alimentos consumidos – e insegurança alimentar grave – redução da quantidade de alimentos consumidos e omissão de refeições e/ou ausência de alimentação por um ou mais dias (experiência de fome)¹³.

O conceito hoje utilizado no Brasil para definir SAN foi adotado em 2006, na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional¹⁴, e consiste:

[...] na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.¹⁴

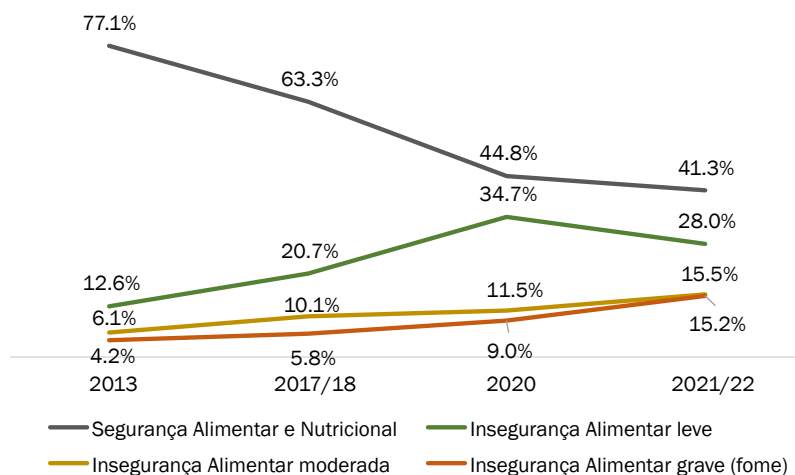
A SAN é um conceito abrangente e vai além da erradicação da fome, relacionando-se com a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), direito constitucional previsto no ordenamento jurídico brasileiro desde 2010¹⁵.

A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Ebia) foi proposta nos anos 2000 para avaliar as ações da Estratégia Fome Zero, e mensura diretamente a experiência de Insan, assim como a FIES, em nível domiciliar. Teve por base um questionário norte-americano da década de 1990 e assumiu o conceito de SAN mencionado acima, sendo validada no Brasil em 2004 e incorporada em pesquisas nacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a partir desse mesmo ano¹¹.

Dados da aplicação da FIES no Brasil são disponibilizados em médias trienais e mostram aumento da Insan moderada ou grave entre 2014-16 e 2020-22: de 18,3% (37,6 milhões de pessoas) para 32,8% (70,3 milhões de pessoas), períodos anteriores e posteriores ao compromisso dos ODS⁵. No entanto, os pontos de corte utilizados pela FAO para classificar a Insan grave são diferentes dos utilizados pela Ebia, fazendo com que as estimativas da experiência de fome produzidas pela FAO sejam inferiores às produzidas pelos inquéritos nacionais, embora as estimativas para os níveis moderado e grave, quando somados, tendam a ser semelhantes entre os dois questionários. Além disso, a FIES não fornece a categoria de insegurança alimentar leve como a Ebia¹⁶. Assim, optou-se por descrever os indicadores dessa meta com base no último Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil¹⁷ que traçou o histórico da situação de SAN no País a partir da reanálise de pesquisas que aplicaram a Ebia em domicílios brasileiros, de modo a garantir a comparabilidade metodológica.

Atualmente, menos da metade da população brasileira possui acesso suficiente à alimentação, ou seja, encontra-se em situação de SAN. Quase 60% dos domicílios do País experienciam algum grau de Insan, com 28% deles vivenciando preocupação quanto a acesso à alimentação e piora na qualidade da dieta (Insan leve), enquanto cerca de 30% já vivenciam insuficiência também na quantidade de alimentos (Insan moderada e grave); destes, 15,5% experienciam fome (Insan grave), o que corresponde a 33 milhões de pessoas, maior número desde 2004 (figura 1).

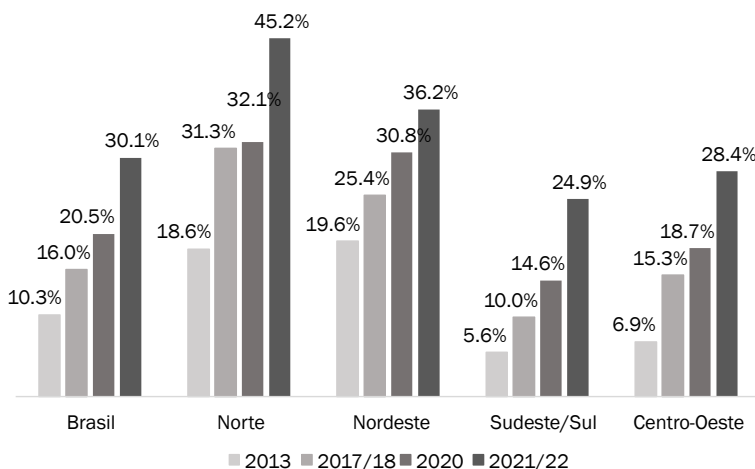
Figura 1. Tendência da situação de Segurança Alimentar e Nutricional no período anterior e posterior à pactuação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasil, 2013 a 2022+



Fonte: adaptado do Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil¹⁷.

A figura 2 ilustra somente as formas mais graves de Insan, que compõe o indicador utilizado pela FAO. As regiões mais pobres do País concentram a maior porcentagem de famílias em Insan: as taxas observadas no Norte e no Nordeste superam as estimativas nacionais enquanto as estimativas para as regiões Sul/Sudeste e Centro-Oeste ficam aquém.

Figura 2. Tendência das situações de Insegurança Alimentar e Nutricional moderada ou grave no período anterior e posterior à pactuação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasil e macrorregiões, 2013 a 2022



Fonte: adaptado do Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil¹⁷.

A análise histórica da segurança alimentar, essencial ao monitoramento do acesso à alimentação pela população e, portanto, do cumprimento do DHAA, revela significativa deterioração da situação de SAN a partir de 2013, antes da implementação dos ODS, com os domicílios migrando do estado de SAN para Insan leve e, entre 2020 e 2021/22, desta para as formas mais severas (figura 1). A emergência sanitária ocasionada pela pandemia da covid-19¹⁸ no ano de 2020 intensificou esse quadro ao colocar 14 milhões de novos brasileiros em situação de fome em pouco mais de um ano, representando um aumento intenso em um curto período. Em dois anos de pandemia (2020 a 2022), a forma leve de Insan declinou e deu lugar às formas mais graves; pouco mais de 40% da população permaneceu protegida dos impactos socioeconômicos que afligiram o Brasil, garantindo sua segurança alimentar. O aumento total da fome no País, entre 2013 e 2022, foi de alarmantes 269%¹⁹.

Vale destacar que as formas mais severas de Insan atingem 71% dos domicílios com menor rendimento, comparado a 9% dos domicílios cujo rendimento é maior que um salário mínimo per capita, dado que o rendimento é um importante determinante do acesso econômico à alimentação^{17,20}. Do mesmo modo, domicílios cuja pessoa de referência é desempregada ou possui emprego informal ou é um pequeno produtor rural têm menor garantia de acesso pleno à alimentação e vivenciam mais a fome.

Ressalta-se que o País caminhava em sentido positivo. Entre 2004 e 2013, a porcentagem de famílias em SAN aumentou de aproximadamente 65% para 77% enquanto a forma mais grave de Insan (fome) reduziu de 9,5% para 4,2%¹⁷. Nesse período, o crescimento econômico e a redução do desemprego, aliados a programas intersetoriais de combate à fome, fizeram com que o número de pessoas em situação de pobreza e de fome reduzisse drasticamente²⁰.

O quadro aqui apresentado, baseado no último Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil, reflete a violação ao DHAA e distancia o Brasil de atingir as metas acordadas em 2015 nas Nações Unidas.

Meta 2.2 – Erradicação das formas de má nutrição na população infantil

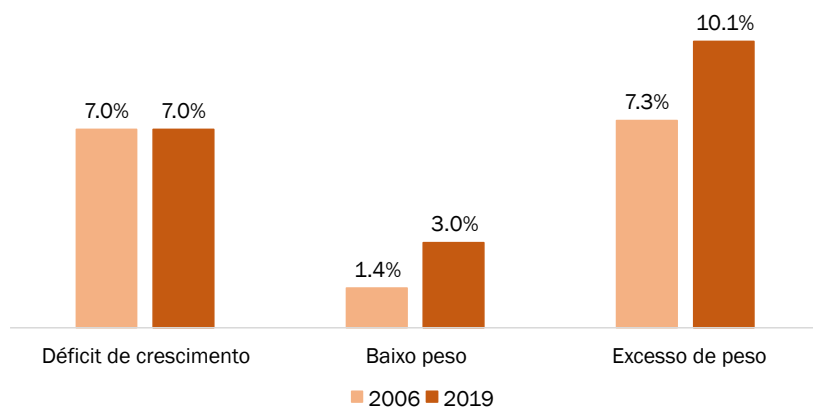
A má nutrição infantil é monitorada por três formas: 1) déficit de crescimento linear – indicativo de desnutrição crônica, uma vez que a incapacidade em atingir a estatura esperada para a idade reflete os efeitos cumulativos de péssimas condições de saúde e nutrição às quais a criança foi exposta desde e antes o nascimento, sendo o principal indicador para o estudo da desnutrição infantil; 2) baixo peso – marcador do ganho insuficiente de massa corporal ou da perda aguda de peso (desnutrição aguda), por má nutrição e/ou doenças prolongadas, frequentemente infecciosas; e 3) excesso de peso

– indicador do ganho excessivo de peso em relação à estatura, geralmente em razão de excessiva ingestão energética em relação às necessidades^{5,21}.

O crescimento na faixa etária entre 0 e 5 anos é especialmente influenciado por fatores ambientais e por um período vulnerável a deficiências nutricionais, constituindo, portanto, o grupo preferencial para o estudo da má nutrição ao refletir a dimensão mais ampla desse problema na sociedade^{22,23}. Essas formas de má nutrição impactam no desenvolvimento físico, motor, cognitivo e socioemocional das crianças, relacionam-se com maior risco de doenças infecciosas e mortalidade e podem predispor a doenças crônicas imediatas – no caso do excesso de peso – e na fase adulta. Mundialmente, estima-se que quase metade das mortes em menores de 5 anos é atribuível à desnutrição²⁴. Os impactos vão além da saúde, mas são também econômicos, como pior capacidade produtiva na vida adulta e perdas para o Produto Interno Bruto dos países^{5,23}.

A seguir, são descritos os resultados de grandes inquéritos nacionais que avaliaram as condições nutricionais de crianças brasileiras menores de 5 anos de idade, em conformidade com os indicadores recomendados para o monitoramento dos ODS, para o Brasil e suas macrorregiões (figuras 3 a 5).

Figura 3 . Tendência de indicadores antropométricos de crianças menores de 5 anos de idade, utilizados para o monitoramento da Meta 2.2 do segundo Objetivo de Desenvolvimento Sustentável. Brasil, 2006 a 2019

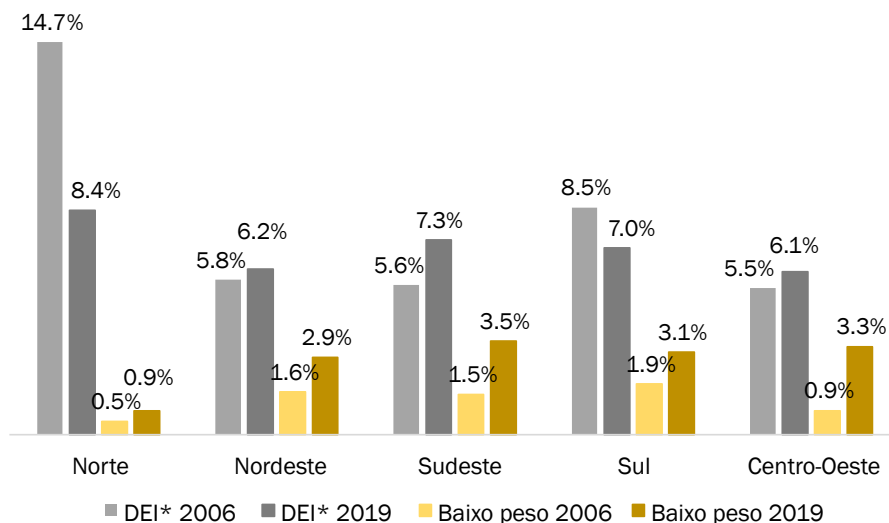


Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde²⁵; Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil²⁶.

Observa-se estagnação da prevalência nacional de déficit de crescimento linear em 7% entre 2006 e 2019 e variações regionais. A região Norte é a única que apresenta declínio expressivo – 6,3 pontos percentuais, porém, ainda representando a maior frequência regional –, a região Sul mostra ligeira redução de 1,5 ponto percentual, enquanto no Sudeste, há incremento de 1,7 ponto percentual (figuras 3 e 4). As tendências

observadas caminham na contramão da tendência secular de mitigação desse agravo nutricional entre 1974/75 e 2006/07, em especial, no período entre 1996 e 2006, quando a redução da desnutrição crônica infantil foi cerca de 50% (13,4% para 6,7%), excepcionalmente na região Nordeste (22,1% para 5,8%)^{22,25,26}.

Figura 4. Tendência de indicadores antropométricos de desnutrição entre crianças menores de 5 anos de idade, utilizados para o monitoramento da Meta 2.2 do segundo Objetivo de Desenvolvimento Sustentável. Brasil, macrorregiões, 2006 a 2019



*DEI: déficit de estatura-para-idade ou déficit de crescimento linear, indicativo de desnutrição crônica infantil.

Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde²⁵; Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil²⁶.

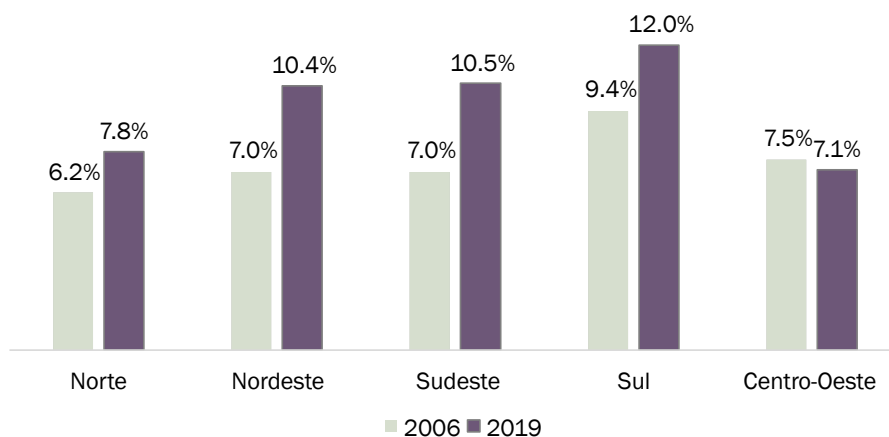
As melhorias nas condições nutricionais infantis foram conquistadas por meio de políticas públicas abrangentes e intersetoriais, que incidiram sobre os determinantes estruturais da desnutrição crônica infantil, como o aumento do poder aquisitivo das famílias e o crescimento da cobertura de serviços públicos de educação, saúde e saneamento, beneficiando regiões e estratos sociais menos favorecidos^{22,27}. A ausência de pesquisas nacionais representativas desse grupo etário por 13 anos impediu investigar melhor variações temporais desse indicador. De todo modo, trata-se de um longo período para a frequência de déficit de estatura-para-idade ter estagnado em face do histórico positivo outrora observado. Também é interessante pontuar que, apesar da estabilidade encontrada no conjunto de crianças menores de 5 anos de idade, entre crianças de até 1 ano de idade, foi constatado na realidade aumento da prevalência de desnutrição crônica (de 4,7% em 2006 para 9% em 2019), relacionado com o contexto de nascimento dessas crianças, em meio a uma crise econômica e política, como será discutido adiante²⁸.

Cabe informar que, embora as taxas nacionais e regionais de baixa estatura-para-idade encontradas nos dois anos avaliados situem o País em baixa prevalência desse agravo em comparação aos pontos de corte populacionais (2,5% a < 10%), espera-se que em populações saudáveis e bem nutridas somente 2,3% das crianças apresentem essa classificação – indicativo de variações genéticas –, valor ainda distante da atual realidade brasileira²⁹. Além disso, desigualdades sociais são expressas nas maiores prevalências de baixa estatura em crianças de grupos vulneráveis, como indígenas (26%), quilombolas (16%), da região Norte (15%) e beneficiárias de programas de transferência de renda (15%)³⁰. Contudo, carecemos de dados nacionais representativos para a vigilância da má nutrição em povos e comunidades tradicionais.

As tendências crescentes tanto de baixo peso quanto de excesso de peso, somadas à permanência do problema da desnutrição crônica, evidenciam a dupla carga de má nutrição à qual as crianças brasileiras estão expostas.

Após ausência de risco de ganho excessivo de peso na primeira infância, evidenciada pela estabilidade nas prevalências entre 1996 e 2006, registra-se, pela primeira vez, aumento da prevalência nesse segmento populacional^{24,25} – a única exceção sendo a região Centro-Oeste (figura 5). Esse grupo etário parece ser o mais resistente ao ganho excessivo de massa corpórea em razão das altas demandas energéticas típicas do intenso crescimento. Atualmente, o excesso de peso na primeira infância supera as outras formas de má nutrição no Brasil (a exceção é a região Norte, onde ainda prevalece a desnutrição), com taxas classificadas como média a alta de acordo com pontos de corte populacionais²⁹.

Figura 5 . Tendência de excesso de peso-para-idade entre crianças menores de 5 anos de idade, segundo indicador utilizado para o monitoramento da Meta 2.2 do segundo Objetivo de Desenvolvimento Sustentável. Brasil, macrorregiões, 2006 a 2019



Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde²⁵; Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil²⁶.

Já o baixo peso-para-estatura era um agravo virtualmente controlado (prevalências menores que 3% – valor esperado em condições ótimas de saúde e nutrição), mesmo em regiões e classes socioeconômicas mais atingidas anteriormente²⁵, mas as frequências nacionais e regionais aumentam até 2019, indicando deterioração do estado nutricional nesse grupo da população²⁶ (figura 3).

Tendência temporal dos indicadores nutricionais: análise de Sistema de Informação em Saúde

Com a finalidade de complementar a avaliação do desempenho nacional relativamente ao Objetivo 2.2, são descritas, a seguir, análises de tendências temporais com informações provenientes do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), considerando, para isso, os índices antropométricos recomendados para o monitoramento das Metas 2.2.1 e 2.2.2 em crianças de 0 a 59 meses de idade (dados não publicados). Este SIS reflete dados de crianças atendidas na APS do SUS. Considerou-se o período entre 2014 e 2022 de modo a contemplar o ano anterior à implementação dos ODS e o ano mais recente cujos dados anuais consolidados estavam disponíveis. A metodologia utilizada foi anteriormente descrita em pesquisas similares³¹⁻³³, e as prevalências anuais foram comparadas a pontos de corte populacionais internacionais utilizados para classificação de regiões/países, objetivando dimensionar os agravos nutricionais²⁹.

As análises aqui apresentadas refletem o processo da transição nutricional e a concomitância das três formas de má nutrição entre crianças brasileiras usuárias do SUS, expressas pelas elevadas taxas de excesso de peso e taxas ainda médias de desnutrição crônica ou de magreza (tabelas 1 a 3). Do ano de acordo dos ODS ao final de 2022, as taxas de déficit de crescimento e de magreza permaneceram estáveis, excetuando-se o declínio da desnutrição crônica infantil observado na região Norte, em conformidade com achados anteriores^{30,32}; essa região, contudo, ainda apresenta as maiores prevalências nacionais. Ao mesmo tempo, as taxas de excesso de peso exibem pequeno declínio em nível nacional e para as regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste – essa última com a maior redução anual (-3,37%; IC95% -4,16; -2,57) – enquanto para as regiões Norte e Sul, observa-se estabilidade no período entre 2014 e 2022. Quando confrontados com os resultados de pesquisas nacionais de 2006 e de 2019, os registros do Sisvan sugerem prevalências maiores das três formas de má nutrição.

Tabela 1. Tendência temporal da desnutrição crônica entre menores de cinco anos de idade segundo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasil e macrorregiões, 2014 a 2022

		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Prevalência de déficit de estatura-para-idade (%)	2014	20,69	14,03	11,10	9,46	12,44	13,41
	2015	18,00	13,18	10,70	9,22	11,29	12,46
	2016	18,15	13,55	11,25	9,22	11,67	12,78
	2017	18,72	13,58	11,33	9,16	11,97	12,97
	2018	18,67	13,61	11,42	9,12	12,11	13,06
	2019	19,22	13,96	11,44	8,98	13,05	13,36
	2020	17,32	14,05	11,31	10,39	11,76	12,98
	2021	15,76	12,80	9,52	9,94	10,61	11,63
	2022	15,37	12,91	10,06	9,75	10,70	11,72
Classificação ^c		Média a alta	Média	Média a baixa	Baixa a média	Média	Média
Variação percentual anual (% e IC95%) ^a		-3,06 (-5,72; -0,33)	-0,52 (-1,73; -0,69)	-0,75 (-3,12; 1,69)	1,28 (-0,35; 2,93)	-1,17 (-4,16; 1,91)	-1,06 (-2,92; 0,83)
Valor de p ^b		0,034	0,335	0,477	0,103	0,384	0,217
Tendência		Diminuição	Estabilidade	Estabilidade	Estabilidade	Estabilidade	Estabilidade

^a Valores de variação percentual anual e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%) foram obtidos pela regressão de Prais-Winsten, com o ajuste do modelo para a variável de cobertura do Sisvan Web*, e foram calculados pela fórmula: $(-1 + [10\beta]) \times 100$, onde β é o logaritmo de base natural resultante da regressão;

^b Valor de p da regressão de Prais-Winsten;

^c A classificação das prevalências anuais observadas teve por base a comparação com pontos de corte internacionais recomendados para a classificação de países/regiões²⁹;

* Cobertura (%): (soma do número total de crianças cadastradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan Web) / soma da população total) vezes 100.

Tabela 2. Tendência temporal da magreza entre menores de cinco anos de idade segundo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasil e macrorregiões, 2014 a 2022

		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Prevalência de magreza (%)	2014	7,07	8,06	6,21	4,35	7,58	6,92
	2015	6,68	7,23	5,55	3,73	6,29	6,17
	2016	6,83	7,79	5,62	3,94	6,50	6,44
	2017	6,69	7,13	5,38	3,67	5,98	6,06
	2018	5,67	6,53	5,32	3,29	5,33	5,62
	2019	7,58	7,91	6,29	3,77	7,10	6,90
	2020	6,98	7,07	5,48	3,94	6,56	6,11
	2021	7,21	7,74	5,55	4,13	6,55	6,44
	2022	6,52	7,58	5,11	3,79	6,05	6,04
Classificação ^c		Média	Média	Média	Baixa	Média	Média
Variação percentual anual (% e IC95%) ^a		0,78 (-0,63; 2,22)	-0,1 (-1,72; 1,55)	-0,26 (-1,87; 1,38)	-0,17 (-3,53; 3,3)	-0,01 (-3,41; 3,51)	-0,21 (-1,62; 1,23)
Valor de p ^b		0,226	0,891	0,712	0,907	0,994	0,734
Tendência		Estabilidade	Estabilidade	Estabilidade	Estabilidade	Estabilidade	Estabilidade

^a Valores de variação percentual anual e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%) foram obtidos pela regressão de Prais-Winsten, com o ajuste do modelo para a variável de cobertura do Sisvan Web*, e foram calculados pela fórmula: $(-1 + [10\beta]) \times 100$, onde β é o logaritmo de base natural resultante da regressão;

^b Valor de p da regressão de Prais-Winsten;

^c A classificação das prevalências anuais observadas teve por base a comparação com pontos de corte internacionais recomendados para a classificação de países/regiões²⁹;

* Cobertura (%): (soma do número total de crianças cadastradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan Web) / soma da população total) vezes 100.

Tabela 3. Tendência temporal do excesso de peso entre menores de cinco anos de idade segundo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasil e macrorregiões, 2014 a 2022

		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Prevalência de excesso de peso (%)	2014	15,98	19,79	16,42	16,28	16,41	17,70
	2015	14,31	18,24	15,49	15,61	14,89	16,39
	2016	15,41	19,04	15,16	14,81	14,91	16,62
	2017	13,88	18,18	14,46	14,68	13,82	15,83
	2018	13,82	17,80	14,39	14,69	13,81	15,70
	2019	13,02	16,91	13,41	13,63	12,46	14,77
	2020	14,77	18,32	14,62	14,83	13,17	15,88
	2021	14,43	18,30	14,01	15,42	12,88	15,75
	2022	13,62	16,88	12,42	13,78	11,69	14,24
Classificação*		Alta	Muito alta	Alta a muito alta	Alta a muito alta	Alta a muito alta	Alta a muito alta
Varição percentual anual (% e IC95%) ^a		-0,85 (-2,15; 0,47)	-1,15 (-1,87; -0,42)	-1,97 (-3,22; -0,71)	-1,04 (-2,88; 0,83)	-3,18 (-4,19; -2,15)	-1,56 (-2,4; -0,7)
Valor de p		0,165	0,009	0,009	0,221	0,000	0,004
Tendência		Estabilidade	Diminuição	Diminuição	Estabilidade	Diminuição	Diminuição

^a Valores de variação percentual anual e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%) foram obtidos pela regressão de Prais-Winsten, com o ajuste do modelo para a variável de cobertura do Sisvan Web*, e foram calculados pela fórmula: $(-1 + [10\beta]) \times 100$, onde β é o logaritmo de base natural resultante da regressão;

^b Valor de p da regressão de Prais-Winsten;

^c A classificação das prevalências anuais observadas teve por base a comparação com pontos de corte internacionais recomendados para a classificação de países/regiões²⁹;

* Cobertura (%): (soma do número total de crianças cadastradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan Web) / soma da população total) vezes 100.

Tabela 4. Tendência temporal da cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional entre menores de cinco anos de idade. Brasil e macrorregiões, 2014 a 2022

		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Prevalência da cobertura do sistema (%) ^a	2014	33,53	39,78	22,10	25,20	19,71	28,70
	2015	36,82	42,93	24,45	29,53	20,84	31,48
	2016	38,47	44,47	25,04	32,51	22,49	32,80
	2017	39,92	45,13	24,00	30,41	22,77	32,45
	2018	42,05	49,65	24,42	29,84	24,32	34,16
	2019	41,67	49,08	23,90	27,94	23,04	33,39
	2020	30,93	32,02	21,95	23,29	18,46	25,65
	2021	35,35	40,17	24,99	29,74	22,34	30,81
	2022	49,68	52,79	34,17	44,09	39,83	42,82
Variação percentual anual (% e IC95%) ^b		1,93 (-2,54; 6,61)	0,61 (-4,18; 5,63)	3,70 (-1,18; 8,83)	4,30 (-3,00; 12,16)	4,93 (-1,74; 12,04)	1,98 (-2,47; 6,63)
Valor de p ^c		0,347	0,778	0,118	0,212	0,127	0,333
Tendência		Estabilidade	Estabilidade	Estabilidade	Estabilidade	Estabilidade	Estabilidade

^a Cobertura (%): (soma do número total de crianças cadastradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN Web) / soma da população total) vezes 100.

^b Valores de variação percentual anual e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%) foram obtidos pela regressão de Prais-Winsten e foram calculados pela fórmula: $(-1 + [10\beta]) \times 100$, onde β é o logaritmo de base natural resultante da regressão;

^c Valor de p da regressão de Prais-Winsten.

É importante apontar para a estabilidade da cobertura do Sisvan durante esse período, que ainda permanece como um desafio ao melhor entendimento do perfil nutricional das crianças usuárias do SUS. As taxas ainda insuficientes de cobertura do estado nutricional para o Brasil e macrorregiões (estimativas menores que 50% em sua maioria) ofuscam o monitoramento mais aguçado das condições nutricionais desse público com base nesse SIS (tabela 4).

2.2 Discussão

A FAO/ONU mostra que, globalmente, os países ainda não atingiram o ODS 2⁵. A prevalência mundial de subalimentação (indicador 2.1.1), que aumentava desde 2019, estagnou em cerca de 9% entre 2021 e 2022, ainda representando 122 milhões a mais de pessoas do que em 2019, ano anterior à pandemia da covid-19. O mesmo caso ocorre ao olharmos para o indicador 2.1.2: desde 2015, ano de pactuação dos ODS, cresceu a prevalência mundial de insegurança alimentar moderada ou grave, especialmente após o início da pandemia, e então estabilizou em cerca de 30% entre 2020 e 2022;

isso significa 745 milhões de pessoas a mais em relação a 2015, expondo o distanciamento em relação à Meta 2.1.

As diferenças regionais são marcantes. As piores situações para ambos os indicadores, em termos de milhões de pessoas afetadas, são observadas na Ásia, seguida da África e da América Latina e Caribe, embora na maioria dos continentes as taxas mais recentes estejam superiores às do momento pré-pandemia, apontando para os desafios impostos pela crise sanitária e as diferenças regionais na luta contra a fome. Destaca-se que a América do Sul obteve avanço na redução da insegurança alimentar (40,9% em 2021 para 36,4% em 2022) embora no Brasil o cenário fosse oposto⁵.

Do mesmo modo, ainda é insuficiente o progresso rumo às metas de nutrição pactuadas para 2025 e para o segundo ODS; poucos países estão no caminho de reduzir taxas de desnutrição e de excesso de peso infantis; e, para muitos, a ausência de dados limita o monitoramento²¹. Para o alcance da Meta 2.2, particularmente, será necessário um esforço dos países de baixa e média renda – que juntos concentram a maior carga das três formas de má nutrição – para acelerar as atuais tendências de declínio do déficit de estatura e baixo peso e reverter as atuais tendências crescentes do excesso de peso entre crianças menores de 5 anos. Enquanto países da América do Sul, em conjunto, obtiveram algum progresso em reduzir o déficit de estatura e já atingiram a meta de erradicar o baixo peso-para-idade, o Brasil não progride no combate a essas duas formas de desnutrição. Por outro lado, o País segue a tendência dos demais países sul-americanos relativamente ao cenário de piora do ganho excessivo de peso no público infantil^{5,21}.

É importante considerar que os temas do segundo ODS são transversais aos demais objetivos, na medida em que as práticas alimentares são determinantes da saúde e relacionam-se com promoção de sistemas alimentares saudáveis e sustentáveis, que, por sua vez, têm potencial impacto em contribuir para a erradicação da fome e da má nutrição³⁴. Nesse sentido, discute-se o papel de protagonismo dos sistemas alimentares para a Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável e como um importante determinante da Sindemia Global de desnutrição, obesidade e mudanças climáticas. Esse conceito explica a inter-relação entre esses três desafios globais ao compartilharem causas sociais, como a organização urbana, os meios de transporte, o uso do solo e os sistemas agroalimentares, afetando amplamente as sociedades ao redor do mundo, em diferentes intensidades. A Sindemia Global, que já estava em curso na deflagração da pandemia da covid-19, compromete a Agenda 2030; e, para isso, três fatores são apontados como contribuidores: interesses comerciais orientadores do sistema agroalimentar global hegemônico, inércia das lideranças políticas e ação frágil e insuficiente das sociedades^{10,35}.

No caso do Brasil, no que concerne aos sistemas de produção de alimentos, o avanço da produção de *commodities* para exportação, especialmente carne bovina e monoculturas de soja, milho e cana-de-açúcar – intensificadas com desmonte da proteção ambiental, liberação de agrotóxicos e aumento do desmatamento e das queimadas que marcaram o governo anterior –, traz consequências socioambientais importantes e ameaça biomas biodiversos, como a Amazônia e o Cerrado; enquanto isso, o apoio à agricultura familiar – responsável por 70% da produção de alimentos *in natura* que abastecem o mercado interno – foi enfraquecido nos últimos anos^{10,36,37}. Alimentos tradicionais, como o arroz, o feijão e a mandioca, perdem lugar no solo e no prato dos brasileiros^{36,38}. Esse cenário caminha em paralelo ao aumento da insegurança alimentar e das formas de má nutrição discutido neste capítulo.

Modelos agrícolas que priorizam a produção de *commodities* também atendem a indústrias multinacionais produtoras de alimentos ultraprocessados e impulsionam o processo de transição alimentar e nutricional, consolidado em países de alta renda e em curso em países de baixa e média renda, apontado como fator-chave para explicar o aumento da obesidade e a dificuldade de reversão desse cenário ao redor do mundo. Além de ser um grande determinante da carga global de obesidade e de doenças crônicas relacionadas com a alimentação, a transição alimentar pode agravar a carga de deficiências nutricionais ainda presentes em países de baixa e média renda^{39,40}.

O aumento das vendas e do consumo de produtos ultraprocessados repercute na substituição de padrões alimentares tradicionais, compostos por preparações culinárias feitas a partir de alimentos *in natura* e minimamente processados culturalmente referenciados, por padrões alimentares baseados nesses produtos^{40,41}. As consequências se estendem para além da saúde humana e incluem prejuízos socioculturais, econômicos, políticos e ecológicos importantes, colocando em risco a sustentabilidade dos sistemas alimentares globais e a saúde das populações. Esses produtos alimentícios dominam o abastecimento de alimentos em vários países de alta renda, e sua participação nas dietas tem crescido em países de renda média; na América Latina e mesmo em países de baixa renda, as vendas crescem rapidamente, ilustrando a transição de padrões dietéticos^{39,41,42}.

Nesse sentido, estilos de vida cada vez mais marcados pelo amplo acesso a alimentos ultraprocessados e baixa disponibilidade e acessibilidade de alimentos saudáveis, aliado às limitações a prática de atividade física entre o público infantojuvenil, impulsionam as elevadas taxas de excesso de peso ao redor do mundo^{5,21,40}. O fracasso de todos os países, inclusive do Brasil, em reverter o cenário epidemiológico da obesidade e das doenças crônicas decorre, em grande parte, da falta de ação política. As go-

vernanças mundiais necessitam enfrentar as práticas das multinacionais de alimentos e bebidas ultraprocessados e priorizar os interesses de saúde pública, beneficiando as populações, em detrimento de interesses políticos e econômicos privados^{35,39,40}.

O Brasil já foi exemplo internacional de um país que assumiu o compromisso social com a nutrição e, por meio de diversas ações articuladas no âmbito da Estratégia Fome Zero, iniciada em 2003, atingiu, em 2014, o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio de “erradicar a extrema pobreza e a fome”^{20,43}. As ações desenvolvidas aumentaram a demanda por alimentos – por meio do aumento do poder de compra das famílias mais pobres e fortalecimento da alimentação escolar – e garantiram o rendimento de agricultores familiares, responsáveis pelo abastecimento, além de reduzir a pobreza e a extrema pobreza, minimizando desigualdades sociais. A recriação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) em 2002 – um importante órgão responsável por assessorar diretamente a presidência, planejar e monitorar políticas intersetoriais de SAN e combate à fome – e a criação de um Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan) em 2006 formaram um espaço de diálogo com a sociedade civil e foram estratégicas para a construção e a implementação de políticas efetivas⁴³.

A natureza intersetorial de tais ações serviu de base para outras políticas, com destaque para a Estratégia Intersetorial para Prevenção e Controle da Obesidade e para a publicação do novo *Guia Alimentar para a população brasileira*, reconhecido internacionalmente⁴³⁻⁴⁵. Mais recentemente, a Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (Proteja) (Portaria nº 1.862, de 10 de agosto de 2021), que encerra este ano, teve como objetivo deter o avanço da obesidade infantil e melhorar a saúde e a nutrição das crianças brasileiras, reconhecendo a natureza intersetorial do problema⁴⁶.

A discussão aqui apresentada, contudo, revela a dificuldade do Estado brasileiro em garantir o direito à alimentação e progredir em direção às metas pactuadas internacionalmente. As crises econômica e política iniciadas em 2015 no País, agravadas pelos efeitos da crise sanitária em 2020, mitigaram muitos avanços conquistados. Desde 2016, gastos públicos com saúde, educação e outras áreas sociais foram limitados até o ano de 2036 por uma Emenda Constitucional⁴⁷; com isso, políticas públicas importantes para a garantia da proteção social da população começaram a ser desmontadas ou a receber pouco recurso, como o Programa Bolsa Família (PBF) – programa de transferência condicional de renda –, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e políticas estruturais do Sisan, como o Programa de Aquisição de Alimentos (e outros de incentivo à agricultura familiar) e o Programa Água para Todos.

Sabe-se que, entre 2015 e 2017, período da crise, a chance de Insan era seis vezes maior no estrato mais pobre da população (renda mensal menor que um quarto do

salário mínimo per capita) comparado ao estrato cuja renda mensal era maior que um salário mínimo per capita²⁰. A desaceleração do crescimento econômico e o desmonte de políticas públicas a partir de 2019 comprometeram novamente o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (Suas), bem como a Agenda de SAN. Nesse mesmo ano, o Consea foi extinto; após quatro anos, foi novamente recriado^{34,48-51}.

A pandemia da covid-19 expôs as vulnerabilidades sociais já existentes, agravadas por políticas de austeridade fiscal. As tendências crescentes de desemprego, informalidade do trabalho e extrema pobreza, desde 2015, foram intensificadas pela brusca redução das atividades econômicas advinda da crise sanitária. A perda de rendimentos das famílias e a redução da cobertura do PBF, somados ao aumento dos preços dos alimentos, hoje limitam a capacidade de acesso financeiro das famílias a uma alimentação suficiente e adequada^{19,50}.

Esse cenário, aliado à ineficácia do Estado brasileiro em garantir a proteção social nesse período, trouxe repercussões para a garantia de todas as dimensões da SAN⁴⁹. Em relação à disponibilidade e ao acesso a alimentos, o abastecimento vindo da agricultura familiar foi prejudicado pelo fechamento dos canais de comercialização (restaurantes, feiras livres, mercados e aquisição pelo PNAE) e limitação do transporte, dificultando a oferta de alimentos *in natura* e minimamente processados e fazendo o preço desses itens elevar. A dificuldade de escoamento da produção, somada à descontinuidade das políticas públicas voltadas a esse público, minou a garantia da SAN para pequenos agricultores. Os alimentos ultraprocessados, por sua vez, tornaram-se atrativos em termos de preço e facilidade de acesso, um fator de risco para o ganho excessivo de peso e dupla carga de má nutrição^{19,37,50}. Já a sobrecarga dos sistemas de saúde com o elevado número de casos de covid-19, associado à falta de serviços básicos de saneamento e água potável em regiões vulneráveis, expôs grupos de risco – gestantes, idosos e crianças – a desnutrição e carências de micronutrientes^{19,49}.

3. Considerações finais

Este ensaio não pretendeu esgotar a discussão sobre o tema, mas sim fazer um resgate histórico para compreender o desempenho do País em face do acordo com as Nações Unidas. Ainda é necessário compreender esse cenário com recortes de gênero, raça/cor e faixa etária e considerando grupos socialmente mais vulneráveis, como povos e comunidades tradicionais e pessoas em situação de rua. Também é necessário explorar analiticamente indicadores nutricionais provenientes de diversos inquéritos nacionais representativos do público infantil, para melhor compreender tendências e fatores associados.

De qualquer forma, mostramos que o Brasil ainda está distante de atingir o segundo ODS e as metas da Década de Ação para a Nutrição (2016-2025)³⁴. O problema do exces-

so de peso começa a aparecer no público infantil enquanto a estagnação da desnutrição crônica e o aparente aumento da desnutrição aguda devem preocupar. Desigualdades regionais históricas ainda persistem dentro do País. Concomitantemente, a volta da fome a patamares elevados nos distancia ainda mais de atingir as metas globais.

Consideramos que o Brasil pode aprender com sua história e retomar o forte compromisso com a nutrição, colocando a proteção social e a segurança alimentar como política de Estado. Fortalecer políticas públicas existentes para a garantia da SAN e, ao mesmo tempo, criar estratégias inovadoras baseadas em evidências, contando com o engajamento da sociedade civil por meio da participação e o controle social, pode contribuir para atingir velhos e novos problemas de saúde pública. Tornam-se essenciais políticas que abordem tanto as formas de desnutrição quanto a obesidade e as doenças crônicas com ela relacionadas ao compartilharem causas comuns. Nesse sentido, os sistemas agroalimentares necessitam ser reorganizados de modo a propiciar ambientes alimentares que facilitem padrões de alimentação saudáveis enquanto protegem o meio ambiente e garantem a sustentabilidade dos recursos naturais.

Da mesma forma, os sistemas de saúde, quando com acesso universalizado e recursos suficientes, têm papel fundamental em controlar e prevenir agravos nutricionais ao passo que permitem o monitoramento das condições de saúde das comunidades. Garantir o acesso à educação, por sua vez, atinge um importante determinante da desnutrição infantil – escolaridade materna – paralelamente em que é local propício à formação de hábitos saudáveis de saúde e alimentação; tal medida, associada ao aumento do poder aquisitivo e do acesso a serviços de saneamento e água potável por setores mais vulneráveis, pode contribuir para redução da desnutrição crônica, como ocorrido no passado, e impulsionar o alcance de outros ODS. A geração contínua de emprego e renda e a retomada do crescimento econômico também serão essenciais para o enfrentamento da insegurança alimentar.

Finalmente, salientamos que a geração de evidências ao longo da história foi central para responder ao cenário epidemiológico vigente. Aponta-se para a cobertura ainda insuficiente da vigilância alimentar e para o longo período sem pesquisas nacionais representativas de menores de 5 anos de idade, que ofuscam um melhor entendimento do progresso brasileiro ante os ODS. Sendo assim, é fundamental garantir investimentos suficientes para a pesquisa científica, bem como ampliar a cobertura dos SIS, como o Sisvan, para que as condições de saúde e nutrição sejam continuamente monitoradas, de modo que respostas efetivas possam ser formuladas e implementadas. Igualmente, deve ser assegurado o monitoramento contínuo da situação de SAN conforme previsto na legislação brasileira¹⁴.

A literatura revisada aponta para a urgência em enfrentar problemas importantes de saúde pública e ensina que o alcance do desenvolvimento sustentável passa por uma governança voltada aos interesses das pessoas e do planeta, exigindo mobilização de recursos para reorganizar os sistemas agroalimentares e implementar políticas públicas voltadas para saúde, educação, acesso à água, saneamento, redução da pobreza e garantia de trabalho e renda, de maneira a atingir não somente o segundo, mas também muitos dos ODS, garantindo, assim, direitos humanos essenciais.

Agradecimentos

As autoras agradecem o convite para participar do desenvolvimento da Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde (Leias).

Conflitos de interesse

As autoras declaram não possuir conflitos de interesse.

Referências

1. Organização das Nações Unidas. Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável [Internet]. [Tradução feita pelo Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil]. Nova York: Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas; 2015 [cited 2023 Sep 6]. Available from: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil_Amigo_Pesso_Idosa/Agenda2030.pdf
2. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Sustainable Development. The 17 Goals [Internet]. New York: UN; 2023 [cited 2023 Sep 2]. Available from: <https://sdgs.un.org/goals#implementation>
3. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: ODS2 [Internet]. Rio de Janeiro: Ipea; 2023 [2022 Sep 4]. Available from: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods2.html>
4. United Nations. General Assembly. Work of the Statistical Commission pertaining to the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 6 July 2017 – A/RES/71/313. New York: UN; 2017.
5. Food and Agriculture Organization. International Fund for Agricultural Development. United Nations International Children's Emergency Fund. World Food Programme. World Health Organi-

zation. The State of Food Security and Nutrition in the World 2023. Urbanization, agrifood systems transformation and healthy diets across the rural–urban continuum. Rome: FAO; 2023.

6. United Nations. What is the UN Decade of Action on Nutrition? [Internet]. New York: UN; 2019 [cited 2023 Sep 4]. Available from: <https://www.un.org/nutrition/about#:~:text=The%20Nutrition%20Decade%20marks%20a,to%20the%20realization%20of%20the>

7. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). WHO/UNICEF Discussion paper. The extension of the 2025 Maternal, Infant and Young Child nutrition targets to 2030 [Internet]. Nova York: Unicef; 2019 Jun 13 [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://data.unicef.org/resources/who-unicef-discussion-paper-nutrition-targets/>

8. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN). Compromissos do Brasil para a Década de Ação das Nações Unidas para a Nutrição (2016-2025) [Internet]. Brasília: Caisan; 2015 [cited 2023 Sep 15]. Available from: https://www.mds.gov.br/we-barquivos/arquivo/seguranca_alimentar/caisan/Publicacao/Caisan_Nacional/decada_ver-sao_portugues.pdf

9. United Nations. The Sustainable Development Goals Report: Special edition [Internet]. New York: UN; 2023 [cited 2023 Sep 6]. Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023.pdf>

10. Burigo AC, Porto MF. Agenda 2030, saúde e sistemas alimentares em tempos de sindemia: da vulnerabilização à transformação necessária. Ciênc Saúde Colet. 2021;26(10):4411-24. doi: 10.1590/1413-812320212610.13482021

11. Kepple AW, Segall-Corrêa AM. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. Ciênc Saúde Colet. 2011;16(1):187-199. doi: 10.1590/S1413-81232011000100022

12. Segall-Corrêa AM. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. Estud Av. 2007;21(60):143-54. doi: 10.1590/S0103-40142007000200012

13. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Voices of the Hungry [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 10]. Available from: <https://www.fao.org/in-action/voices-of-the-hungry/sdgs/en/>

14. Brasil. Lei nº 1.1346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2006 Sep 15.

15. Brasil. Constituição (1998). Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. Lex: legislação federal e marginália; 2010 Feb 5.

16. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. Nota sobre estimativas de fome e insegurança alimentar para o Brasil [Internet]. RBPSSAN; 2022 Jul 11 [cited 2023 Sep 10]. Available from: <https://pesquisassan.net.br/wp-content/uploads/2022/07/Nota-sobre-SOFI-EBIA-2022-Brasil.pdf>
17. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar (PENSSAN). II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil [livro eletrônico]. São Paulo, SP: Fundação Friedrich Ebert: Rede PENSSAN, 2022 [acesso em 12 set 2023]. Available from: <https://olheparaafome.com.br/>.
18. Brasil. Decreto nº 6, de 20 de março de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. Diário Oficial da União. 2020 Mar 20.
19. Salles-Costa R, Segall-Corrêa AM, Alexandre-Weiss VP, Pasquim EM, Paula NM, Lignani JB, et al. Rise and fall of household food security in Brazil, 2004 to 2022. Cad Saude Publica. 2023;39(1):e00191122. doi: 10.1590/0102-311XEN191122.
20. Sousa LRM, Segall-Corrêa AM, Ville AS, Melgar-Quinonez H. Food security status in times of financial and political crisis in Brazil. Cad Saúde Publica 2019;35(7):e00084118. doi: 10.1590/0102-311X00084118
21. United Nations Children's Fund. World Health Organization. World Bank Group. Levels and trends in child malnutrition: Key findings of the 2023 edition. Joint child malnutrition estimates. New York, NY: United Nations International Children's Fund; Geneva: World Health Organization; Washington, DC: World Bank; 2023.
22. Monteiro CA. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. Estud Av. 2003;17(48):7-20. doi: 10.1590/S0103-40142003000200002
23. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZQA, Christian P, Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. Lancet. 2013;382:427-51. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60937-X
24. United Nations International Children's Emergency Fund. Child Malnutrition [Internet]. Unicef Data; May 2023 [cited 2023 Oct 5]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento; 2009 [citado 2023 Sep 15]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf.

26. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Estado Nutricional Antropométrico da Criança e da Mãe: Prevalência de indicadores antropométricos de crianças brasileiras menores de 5 anos de idade e suas mães biológicas: ENANI 2019 [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ; 2022 [cited 2023 Sep 18]. Available from: https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2022/02/Relatorio_Estado_Nutricional-5.pdf
27. Monteiro CA, Benicio MHDA, Konno SC, Silva ACF, Lima ALL, Conde WL. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(1):35-43. doi: 10.1590/S0034-89102009000100005
28. Castro IRR, Farias DR, Berti TL, Andrade PG, Anjos LA, Alves-Santos NH, et al. Trends of height-for-age Z-scores according to age among Brazilian children under 5 years old from 2006 to 2019. *Cad Saude Publica*. 2023;39(Sup 2):e00087222. doi: 10.1590/0102-311XEN087222
29. Onis M, Borghi E, Arimond M, Webb P, Croft T, Saha K. Prevalence thresholds for wasting, overweight and stunting in children under 5 years. *Public Health Nutr*. 2019;22(1):175-79. doi: 10.1017/S1368980018002434
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição [Internet]. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2023 Sep 19]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf.
31. Mourão E, Gallo CO, Nascimento FA, Jaime PC. Tendência temporal da cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional entre crianças menores de 5 anos da região Norte do Brasil, 2008-2017. *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(2):e2019377. doi: 10.5123/S1679-49742020000200026
32. Barbosa BB, Baltar VT, Horta RL, Lobato JCP, Vieira LJES, Gallo CO, et al. Cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), estado nutricional de idosos e sua relação com desigualdades sociais no Brasil, 2008-2019: estudo ecológico de série temporal. *Epidemiol Serv Saude*. 2023;32(1):e2022595. doi: 10.1590/S2237-96222023000100034
33. Corrêa EM, Gallo CO, Antunes JLF, Jaime PC. The tendency of stunting among children under five in the Northern Region of Brazil, according to the Food and Nutrition Surveillance System, 2008-2017. *J Pediatr (Rio J)*. 2023;99(2):120-6. doi: 10.1016/j.jped.2022.07.006
34. Pedraza DF, Lins ACL, Santos EES, Oliveira MM. Década de Ação em Nutrição: reflexões sobre a conjuntura brasileira. *Demetra*. 2020;15:e43167. doi: 10.12957/demetra.2020.43167
35. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet*.

2019;393(10173):791-846. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32822-8

36. Chamma A, Sparovek G, Campello T. Brasil é tricampeão em grãos, fome e desmatamento. Folha de São Paulo. 2022 Feb 9.

37. Ribeiro-Silva RC, Pereira M, Aragão E, Guimarães JMM, Ferreira AJF, Rocha AS, et al. COVID-19, Food Insecurity and Malnutrition: A Multiple Burden for Brazil. *Front Nutr*. 2021;8:751715. doi: 10.3389/fnut.2021.751715

38. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento; 2020 [cited 2023 Sep 18]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101704>

39. Monteiro CA, Cannon G, Moubarac JC, Levy RB, Louzada MLC, Jaime PC. The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. *Public Health Nutr*. 2017;21(1):5-17. doi: 10.1017/S1368980017000234

40. Popkin BM, Ng SW. The nutrition transition to a stage of high obesity and noncommunicable disease prevalence dominated by ultra-processed foods is not inevitable. *Obes Rev*. 2022;23:e13366. doi: 10.1111/obr.13366

41. Leite FHM, Khandpur N, Andrade GC, Anastasiou K, Baker P, Lawrence M, et al. Ultra-processed foods should be central to global food systems dialogue and action on biodiversity. *BMJ Glob Health*. 2022;7:e008269. doi: 10.1136/bmjgh-2021-008269

42. Pan American Health Organization. Ultra-processed food and drink products in Latin America: Trends, impact on obesity, policy implications [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2015 [cited 2023 Sep 18]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7699/9789275118641_eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y

43. International Food Policy Research Institute. The new challenge: End all forms of malnutrition by 2030. In *Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030*. Chapter 1. [Internet]. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute (IFPRI); 2016 [cited 2023 Sep 18]. p. 1-13. Available from: http://dx.doi.org/10.2499/9780896295841_01

44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira [Internet]. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2023 Sep 19]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf

45. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios [Internet]. Brasília:

Caisan; 2014 [cited 2023 Sep 19]. Available from: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/estrategia_prevencao_obesidade.pdf

46. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. PROTEJA: Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: orientações técnicas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [cited 2023 Sep 19]. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/promocao-da-saude/proteja/publicacoes/orientacoes_proteja.pdf.

47. Brasil. Constituição (1998). Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Lex: legislação federal e marginalia, 2016 Dec 16. p. 2.

48. Brasil. Lei nº 14.600, de 19 de junho de 2023. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Diário Oficial da União. 2023 Jun 21. p. 7.

49. Ribeiro-Silva RC, Pereira M, Campello T, Aragão E, Guimarães JMM, Ferreira AJF, et al. Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2020;25(9):3421-30. doi: 10.1590/1413-81232020259.22152020

50. Neves JA, Machado ML, Oliveira LDA, Moreno YMF, Medeiros MAT, Vasconcelos FAG. Unemployment, poverty, and hunger in Brazil in Covid-19 pandemic times. Rev Nutr. 2021;34:e200170. doi: 10.1590/1678-9865202134e200170

51. Sousa LRM, Segall-Corrêa AM, Ville AS, Melgar-Quinonez H. Food security status in times of financial and political crisis in Brazil. Cad Saude Publica. 2019;35(7):e00084118. doi: 10.1590/0102-311X00084118

Sobre os autores

Caroline de Oliveira Gallo. Nutricionista. Mestra em Ciências. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. ORCID: 0000-0003-1694-2863. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5493933157363944>. E-mail: caroline.gallo@alumni.usp.br

Patrícia Constante Jaime. Nutricionista. Mestra e Doutora em Saúde Pública. Professora Titular do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. ORCID: 0000-0003-2291-8536. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6023019204006612>. E-mail: constant@usp.br

Autor para correspondência:

Caroline de Oliveira Gallo

Avenida Dr. Arnaldo, 715 – Pacaembu, São Paulo, SP, Brasil – CEP: 01246-904. E-mail: caroline.gallo@alumni.usp.br. Telefone: (11) 95204-2222.

SAÚDE GLOBAL, MEIO AMBIENTE E DESIGUALDADES

Santé Mondiale, Environnement et Inégalités

Global Health, Environment and Inequalities

Luiz Augusto Galvão

Paulo Marchiori Buss

Resumo

Este texto aborda a interligação entre saúde global, meio ambiente e desigualdades em saúde. Destaca que as mudanças ambientais têm impactos variados na saúde, afetando-a física, química e biologicamente. Também explora os impactos da crise climática na saúde humana, que incluem efeitos diretos e indiretos, bem como impactos socioambientais. O texto ressalta a discriminação sistêmica e o racismo como fatores que afetam a saúde de maneiras diversas, incluindo o acesso desigual a serviços de saúde e a exposição a condições ambientais prejudiciais. Além disso, enfatiza a importância de combater a inequidade e promover a conscientização sobre os impactos da discriminação na saúde. A relação entre saúde dos ecossistemas e saúde humana é discutida, com destaque para a importância dos ecossistemas na sustentabilidade da vida humana. Também aborda a necessidade de cooperação internacional para enfrentar desafios de saúde global, proteção ambiental e redução de desigualdades em saúde. O texto ressalta a importância dos Determinantes Sociais da Saúde, como classe social, educação e condições de moradia, na compreensão das desigualdades em saúde. Discute desafios na aplicação prática desse conceito e a necessidade de traduzir o conhecimento em políticas eficazes. A relação entre segurança pública, violência e saúde pública é explorada, destacando como a falta de segurança pode afetar a saúde mental e física das comunidades. Além disso, enfoca a importância do acesso equitativo aos cuidados de saúde e da qualidade da assistência na promoção da saúde e na redução de desigualdades. O papel do setor privado e da sociedade civil na saúde é discutido, com ênfase na colaboração com o setor público para melhorar os sistemas de saúde. Por fim, o texto aborda os desafios e as oportunidades na promoção da saúde global, na proteção ambiental e na redução de desigualdades em saúde, incluindo a necessidade de políticas integradas e o reconhecimento das necessidades das comunidades vulneráveis.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Intersetorialidade. Ambiente. Mudanças Ambientais e Climática. Violência. Determinantes Sociais.

Résumé

Cet article traite de l'interconnexion entre la santé mondiale, l'environnement et les inégalités en matière de santé. Il souligne que les changements environnementaux ont des impacts variés sur la santé, l'affectant physiquement, chimiquement et biologiquement. Il explore également les impacts de la crise climatique sur la santé humaine, qui comprennent les effets directs et indirects, ainsi que les impacts socio-environnementaux. Le texte souligne que la discrimination systémique et le racisme sont des facteurs qui affectent la santé de diverses manières, y compris l'inégalité d'accès aux services de

santé et l'exposition à des conditions environnementales nocives. En outre, il souligne l'importance de lutter contre les inégalités et de promouvoir la sensibilisation aux effets de la discrimination sur la santé. La relation entre la santé des écosystèmes et la santé humaine est discutée, en mettant l'accent sur l'importance des écosystèmes dans la durabilité de la vie humaine. Il répond également à la nécessité d'une coopération internationale pour relever les défis de la santé mondiale, de la protection de l'environnement et de la réduction des inégalités en matière de santé. Le texte met l'accent sur l'importance des déterminants sociaux de la santé, tels que la classe sociale, l'éducation et les conditions de logement, dans la compréhension des inégalités en matière de santé. Il examine les défis liés à l'application pratique de ce concept et la nécessité de traduire les connaissances en politiques efficaces. La relation entre la sécurité publique, la violence et la santé publique est explorée, mettant en évidence comment un manque de sécurité peut affecter la santé mentale et physique des communautés. En outre, il met l'accent sur l'importance d'un accès équitable aux soins de santé et de la qualité des soins dans la promotion de la santé et la réduction des inégalités. Le rôle du secteur privé et de la société civile dans le domaine de la santé est discuté, en mettant l'accent sur la collaboration avec le secteur public pour améliorer les systèmes de santé. Enfin, le texte aborde les défis et les opportunités liés à la promotion de la santé mondiale, à la protection de l'environnement et à la réduction des inégalités en matière de santé, y compris la nécessité de politiques intégrées et la reconnaissance des besoins des communautés vulnérables.

Mots-clés: Promotion de la Santé. Intersectorialité. Environnement. Environnement et Changements Climatiques. Violence. Déterminants Sociaux.

Abstract

This paper discusses the relationship between global health, the environment, and health inequalities. It highlights that environmental changes have different impacts on health, affecting it physically, chemically, and biologically. The paper also explores the impact of the climate crisis on human health, including direct and indirect effects and socio-environmental impacts. The article emphasizes that systemic discrimination and racism are factors that affect health in various ways, such as unequal access to health services and exposure to harmful environmental conditions. It also stresses the importance of combating inequity and raising awareness of the health impacts of discrimination. The relationship between ecosystem health and human health is discussed, emphasizing the significance of ecosystems in sustaining human life. The paper also underlines the need for international cooperation to address global health challenges, environmental protec-

tion, and reducing health inequalities. Additionally, the text highlights the importance of Social Determinants of Health, such as social class, education, and housing conditions, in understanding health inequalities. The article discusses challenges in practically applying this concept and translating knowledge into effective policies. The paper explores the relationship between public safety, violence, and public health, emphasizing how a lack of safety can affect the mental and physical health of communities. It also focuses on the significance of equitable access to healthcare and quality of care in promoting health and reducing inequalities. The role of the private sector and civil society in health is discussed, emphasizing collaboration with the public sector to improve health systems. Finally, the paper addresses the challenges and opportunities in promoting global health, protecting the environment, and reducing health inequalities, including the need for integrated policies and the recognition of the needs of vulnerable communities.

Keywords: Health Promotion. Intersectoral. Environment. Environmental and Climate Change. Violence. Social Determinants.

1. Introdução

A saúde global está cada vez mais interligada com o meio ambiente, tendo os efeitos das mudanças globais na saúde um impacto sistematicamente diferenciado por fatores histórico-estruturantes da colonização e da neocolonização que levaram a situações extremas de vulnerabilidade de nações, populações, tribos e outros agrupamentos humanos. Essa discriminação e esse racismo têm sido medidos pelas desigualdades evidentes na incidência e na prevalência de doenças de todas as naturezas no ser humano.

Neste texto, trataremos de abordar alguns aspectos dessa relação que julgamos relevantes ao debate, que podem ser complementados vastamente, dadas a magnitude do problema, sua complexidade e a falta de abordagens que levem a ações transformadoras que aproveitem o conhecimento informativo e contemplativo gerado pela visão da ordem das estruturas de poder vigente.

2. Desenvolvimento

2.1 Relações entre meio ambiente e saúde humana

O meio ambiente e a saúde humana estão intimamente relacionados, de modo que a qualidade do meio em que vivemos pode influenciar a saúde humana de diversas maneiras, afetando corpo, mente e comportamento.

Fatores ambientais físicos, como a poluição do ar, da água e do solo, podem resultar em uma variedade de doenças¹. A poluição do ar, por exemplo, pode causar doenças respiratórias, como asma, bronquite e pneumonia¹⁻³; a poluição da água pode implicar doenças gastrointestinais, como diarreias¹, e a poluição do solo, intoxicações alimentares e doenças de pele.

Fatores ambientais químicos, como agrotóxicos, metais pesados e produtos químicos industriais, podem ser igualmente prejudiciais à saúde¹. Os agrotóxicos, por exemplo, podem causar câncer, problemas reprodutivos e danos ao sistema nervoso¹⁻³. Os metais pesados, como o mercúrio e o chumbo, podem resultar em danos ao cérebro e ao sistema nervoso¹, enquanto os produtos químicos industriais, como os solventes e os pesticidas, podem causar câncer, problemas respiratórios e danos ao sistema nervoso.

Fatores ambientais biológicos, como microrganismos patogênicos, a exemplo de bactérias, vírus e parasitas, podem causar doenças infecciosas, incluindo a malária, a dengue e a febre amarela¹.

Finalmente, fatores ambientais sociais e econômicos, a exemplo da pobreza, da desigualdade social e da falta de acesso a serviços básicos, como saneamento e educação, podem influenciar a saúde humana, aumentando o risco de doenças¹.

Diante disso, os governos têm um papel importante a desempenhar na proteção da saúde ambiental, no sentido de desenvolver e implementar políticas públicas para reduzir a poluição, controlar os resíduos e promover o uso sustentável dos recursos naturais, como exposto no quadro 1.

Quadro 1. Exemplos de políticas públicas que podem ajudar a proteger a saúde ambiental

Política pública	Objetivo
Legislações sobre controle da poluição	Reduzir a exposição a poluentes ambientais, como gases tóxicos, partículas finas, agrotóxicos e produtos químicos industriais.
Programas de saneamento básico	Fornecer água potável, coleta e tratamento de esgoto e drenagem urbana.
Políticas de gestão de resíduos	Reduzir a geração de resíduos, promover a reciclagem e o reaproveitamento e minimizar o impacto ambiental dos resíduos sólidos.
Incentivos ao uso de energia limpa e renovável	Reduzir a poluição do ar e do clima e promover a saúde ambiental.
Educação ambiental	Conscientizar a população sobre a importância da preservação ambiental e da saúde humana.

Fonte: elaboração própria

Um aspecto de maior relevância no debate de saúde global atual é a crise climática. A elevação da temperatura global está levando a um aumento da incidência de doenças transmitidas por vetores, como malária, dengue e febre amarela⁴, bem como das ondas de calor, que podem levar a doenças cardiovasculares e respiratórias⁴.

2.2 Impactos da crise climática na saúde humana

Os impactos da crise climática na saúde humana podem ser divididos em três categorias principais:

- a) Impactos diretos: são aqueles que afetam a saúde humana de maneira imediata, o que inclui doenças relacionadas com o calor⁵, doenças respiratórias causadas pela poluição do ar⁶, doenças transmitidas por vetores⁷ e doenças transmitidas pela água⁵.
- b) Impactos indiretos: são aqueles que afetam a saúde humana de maneira indireta, como mudanças na disponibilidade de alimentos, água e saneamento, aumento da pobreza e desigualdade e conflitos armados.
- c) Impactos socioambientais: incluem deslocamento de populações, mudanças no estilo de vida e aumento do estresse⁶.

Os governos têm um papel importante a desempenhar na proteção da saúde humana contra os impactos da crise climática, desenvolvendo e implementando políticas públicas, as quais podem ser divididas em três categorias principais:

- a) Redução de emissões de gases do efeito estufa: ao reduzir as emissões de gases do efeito estufa, é possível diminuir a temperatura global e os riscos de doenças relacionadas com o calor, doenças respiratórias e doenças transmitidas por vetores⁵⁻⁷.
- b) Promoção da transição para uma economia de baixo carbono: ao promover a transição para uma economia de baixo carbono, pode-se melhorar a qualidade do ar e da água, que são fatores importantes para a saúde humana⁵⁻⁷.
- c) Adaptação aos impactos já em curso: ao se adaptar aos impactos já em curso, é possível reduzir os danos à saúde causados por eventos climáticos extremos, escassez de água e doenças transmitidas por vetores⁵⁻⁷.

Além de prevenir danos à saúde humana, essas políticas podem gerar benefícios mútuos à saúde humana e à crise climática. Por exemplo, políticas que promovem a eficiência energética podem ajudar a reduzir as emissões de gases do efeito estufa e, ao mesmo tempo, melhorar a qualidade do ar interno⁵⁻⁶. Por seu turno, políticas que incentivam a produção de alimentos sustentáveis podem ajudar a reduzir as emissões de gases do efeito estufa e, conjuntamente, melhorar a qualidade da dieta humana⁵⁻⁶.

No quadro 2, apresentamos alguns exemplos de políticas públicas que podem gerar benefícios mútuos à saúde humana e à crise climática.

Quadro 2. Exemplos de políticas públicas com benefícios mútuos à saúde humana e à crise climática⁵⁻⁷

Política	Benefícios para a saúde humana	Benefícios para a crise climática
Incentivo ao uso de energias renováveis e à eficiência energética	Melhora da qualidade do ar e da água	Redução das emissões de gases do efeito estufa
Investimentos em transporte público e transporte não motorizado	Melhora da saúde cardiovascular	Redução das emissões de gases do efeito estufa
Medidas de proteção da floresta, como a redução do desmatamento e a proteção das florestas remanescentes	Proteção da biodiversidade	Redução das emissões de gases do efeito estufa
Investimentos em saneamento básico e na melhoria da qualidade da água	Redução da incidência de doenças transmitidas por água	Melhoria da saúde geral da população
Programas de educação ambiental e conscientização da população sobre os impactos da crise climática	Aumento da conscientização sobre os riscos das mudanças climáticas	Redução das emissões de gases do efeito estufa

2.3 Discriminação sistêmica, racismo, inequidade e saúde

A discriminação sistêmica é um tipo de discriminação que está embutido nas instituições e estruturas sociais, sendo baseado em fatores como raça, etnia, gênero, orientação sexual, deficiência e outros⁸, podendo afetar a saúde de diversas maneiras, tais como:

- Restringindo o acesso a serviços de saúde, como cuidados preventivos e tratamentos: estudos têm mostrado que pessoas negras têm menos acesso a serviços de saúde preventivos, como exames de câncer de mama e de próstata, do que pessoas brancas⁹.
- Expondo indivíduos a condições ambientais nocivas, como poluição do ar e da água: pessoas negras são mais propensas a viver em comunidades com esses tipos de poluição, aumentando o risco de doenças crônicas¹⁰.
- Prejudicando o acesso à educação e ao emprego, o que pode resultar em dificuldades relativas à alimentação saudável e cuidados de saúde de qualidade⁸.
- Aumentando o estresse e a ansiedade, fatores que podem levar a problemas de saúde, incluindo doenças cardíacas, diabetes e depressão⁹.

O racismo, como uma forma de discriminação sistêmica baseada na raça ou etnia, contribui significativamente para as desigualdades na saúde⁸, manifestando-se de várias maneiras, a saber:

- a) Discriminação na atenção médica, resultando em cuidados de menor qualidade ou menor acesso a tratamentos para pessoas negras¹⁰.
- b) Acesso a cuidados de saúde de baixa qualidade devido a fatores como falta de seguro-saúde e distância das instalações de saúde⁹.
- c) Maior exposição a condições ambientais nocivas, como a poluição do ar e da água, contribuindo para o risco aumentado de doenças crônicas⁸.
- d) Maior probabilidade de viver na pobreza, o que dificulta o acesso à alimentação saudável e a cuidados de saúde de qualidade¹⁰.
- e) Maior probabilidade de sofrer violência, resultando em lesões e doenças crônicas⁹.

Por sua vez, a inequidade refere-se a diferenças injustas nas oportunidades e nos resultados de saúde entre grupos variados de pessoas, causadas por discriminação, pobreza e falta de acesso a recursos⁸. Essas desigualdades na saúde podem implicar uma série de problemas de saúde, incluindo doenças crônicas, doenças infecciosas, problemas de saúde mental e acidentes¹⁰, sendo fundamental, para sua redução:

- a) Combater a discriminação sistêmica e o racismo por meio de políticas públicas, educação e conscientização pública⁹.
- b) Investir em programas sociais que reduzam a pobreza e a desigualdade, como programas de educação, emprego e habitação⁸.
- c) Garantir o acesso universal à atenção médica de qualidade, por meio de políticas como a cobertura universal de saúde¹⁰.
- d) Educar as pessoas sobre os impactos da discriminação e da desigualdade na saúde, promovendo a conscientização e ações para combater essas questões⁸.

2.4 Crise climática e inequidade: uma relação indissociável

A crise climática e a inequidade estão intrinsecamente ligadas, com os mais desfavorecidos suportando um fardo desproporcional. Abordar essa crise requer um compromisso global com a justiça climática e uma ação imediata para reduzir as emissões de gases do efeito estufa e fortalecer a resiliência das comunidades mais vulneráveis.

As implicações profundas e generalizadas em diversas esferas da vida humana e do ambiente natural das comunidades mais vulneráveis acabam por exacerbar as desigualdades existentes e criar situações que cada vez mais esgarçam o tecido social. Além de as populações mais pobres e marginalizadas serem as mais afetadas, elas, muitas vezes, têm menos recursos e capacidade de adaptação para lidar com os impactos das

mudanças climáticas. Como observado pelo Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas¹¹, as desigualdades sociais e econômicas agravam a vulnerabilidade às mudanças climáticas, tornando essas comunidades mais suscetíveis a eventos climáticos extremos, escassez de alimentos, falta de acesso à água potável e outros desafios relacionados com o clima.

Um exemplo notável das interações entre crise climática e inequidade é a questão do deslocamento forçado. Populações em áreas de baixa renda, muitas vezes, vivem em locais mais vulneráveis a eventos climáticos extremos, como inundações e furacões. Quando esses eventos ocorrem, tais comunidades enfrentam o deslocamento forçado, perdendo suas casas e seus meios de subsistência. Isso não apenas agrava sua situação econômica como também as coloca em maior risco de deslocamento permanente, tornando-as refugiados climáticos¹¹.

Ademais, as emissões históricas de gases do efeito estufa, em grande parte provenientes de países industrializados, têm contribuído significativamente para o aquecimento global. No entanto, são as nações em desenvolvimento e as comunidades mais pobres que suportam a maior parcela do ônus das mudanças climáticas, a despeito de terem uma pegada de carbono muito menor, o que evidencia uma clara injustiça climática¹¹.

As mudanças climáticas também afetam de maneira desproporcional as pessoas que vivem em países em desenvolvimento, que são mais propensas a viver em áreas costeiras, inundadas pelo aumento dos níveis do mar¹², como também a viver em áreas rurais, mais vulneráveis às secas e aos eventos climáticos extremos¹⁴. Igualmente, as pessoas que vivem em áreas urbanas pobres estão mais expostas à poluição do ar, da água e do solo e têm menos acesso a cuidados de saúde e a medidas de prevenção, como vacinas e filtros de ar⁸.

Dessa forma, para abordar a crise climática e suas implicações na inequidade, é essencial adotar uma abordagem global e colaborativa, o que inclui a redução urgente das emissões de gases do efeito estufa por meio de medidas de mitigação, bem como a implementação de estratégias de adaptação que fortaleçam a resiliência das comunidades mais vulneráveis. Também é fundamental reconhecer a dívida climática histórica e apoiar financeiramente os países em desenvolvimento na construção de infraestrutura resiliente ao clima e na promoção da equidade¹¹.

2.5 A saúde dos ecossistemas e sua repercussão na saúde humana: uma perspectiva abrangente

A relação entre a saúde dos ecossistemas e a saúde humana é intrincada e complexa. Os ecossistemas fornecem uma ampla gama de serviços ecossistêmicos que sus-

tentam a vida humana, influenciam a qualidade do ar e da água, regulam o clima e desempenham um papel fundamental na manutenção da biodiversidade¹³. Entender essa interconexão é fundamental para abordar desafios globais de saúde e sustentabilidade, para o bem-estar das populações e para a sustentabilidade do planeta.

A saúde dos ecossistemas é essencial para a saúde humana uma vez que muitos dos recursos essenciais para a sobrevivência humana são diretamente dependentes de ecossistemas saudáveis. A água potável, por exemplo, é um recurso crítico para a saúde humana, e sua qualidade está intimamente relacionada com a saúde dos ecossistemas aquáticos, como rios e lagos¹⁵. Da mesma forma, a produção de alimentos depende da fertilidade do solo, da polinização por insetos e da regulação de pragas, que são serviços prestados por ecossistemas naturais¹⁶.

A biodiversidade desempenha igualmente um papel crucial na manutenção da saúde humana, tendo em vista que a diversidade de espécies vegetais e animais nos ecossistemas proporciona uma ampla variedade de alimentos, medicamentos e materiais genéticos que são essenciais para a nossa sobrevivência e bem-estar¹⁷. Além disso, possui um papel na regulação de doenças, visto que a presença de diversas espécies pode reduzir a propagação de patógenos¹⁸.

No entanto, a atividade humana, como a degradação do habitat, a poluição e a mudança climática, ameaça a saúde dos ecossistemas em todo o mundo¹⁹, o que impacta diretamente a saúde humana. A degradação do solo, a perda de biodiversidade e a poluição do ar e da água podem levar a uma série de problemas de saúde, incluindo doenças transmitidas pela água e pelo ar, desnutrição e exposição a substâncias químicas tóxicas²⁰.

Para discutir sobre essas complexas questões de saúde, é fundamental adotar uma abordagem integrada que leve em consideração tanto a saúde dos ecossistemas quanto a saúde humana. Isso abrange a promoção da conservação da biodiversidade, a gestão sustentável dos recursos naturais, a redução da poluição e a mitigação das mudanças climáticas²¹. Ainda, a educação e a conscientização pública desempenham um papel crucial na promoção de comportamentos e práticas sustentáveis que beneficiam tanto os ecossistemas quanto a saúde humana.

2.6 Saúde global, meio ambiente e desigualdades: uma perspectiva abrangente

A interconexão entre saúde global, meio ambiente e desigualdades é uma questão complexa e importante que afeta a vida de bilhões de pessoas em todo o mundo. A saúde global é definida como um campo que aborda os desafios da saúde que transcendem fronteiras nacionais e envolve a cooperação internacional para enfrentá-los²². Ainda nes-

se sentido, o ambiente é um dos determinantes da saúde global, e a sua degradação tem consequências severas que afetam desproporcionalmente as comunidades vulneráveis e que só podem ser resolvidas com cooperação internacional²³.

As desigualdades de saúde são uma característica persistente da saúde global, com disparidades profundas e sistêmicas entre nações e dentro delas. A influência do meio ambiente nessas desigualdades é evidente, uma vez que as comunidades mais pobres muitas vezes enfrentam maior exposição a poluentes ambientais, falta de acesso à água potável e saneamento adequado, além de serem mais suscetíveis a doenças relacionadas com meio ambiente²³.

Os efeitos do meio ambiente estão tendo um impacto significativo na saúde global. Estima-se que as mudanças climáticas causem cerca de 250 mil mortes prematuras por ano¹², além de a poluição do ar resultar em aproximadamente 7 milhões delas⁸, e a poluição da água, por volta de 1,8 milhão¹⁴. Ademais, tais efeitos contribuem para o aumento das desigualdades na saúde, sendo as pessoas que vivem em condições de pobreza mais propensas a sofrer os efeitos adversos do meio ambiente^{8,12,14}.

Um exemplo marcante das interações entre saúde global, meio ambiente e desigualdades foi a pandemia de covid-19. Uma das hipóteses em análise examina a influência do desmatamento e da degradação florestal no aumento do contato humano com animais selvagens e na disseminação de zoonoses²⁴. Além disso, as desigualdades sociais e econômicas agravaram a carga da pandemia, com grupos marginalizados enfrentando maiores riscos de infecção e morte devido à falta de acesso a cuidados de saúde adequados e a condições de trabalho precárias²⁵.

Para tratar desses desafios interconectados, é fundamental adotar uma abordagem holística, que reconheça a interdependência da saúde global, do meio ambiente e das desigualdades, o que contempla a promoção da sustentabilidade ambiental, a redução das emissões de gases do efeito estufa, o fortalecimento dos sistemas de saúde global e a promoção da equidade no acesso a cuidados de saúde e a recursos ambientais²³.

2.7 O papel da saúde pública na proteção do meio ambiente: uma abordagem holística

A saúde humana e o estado do meio ambiente estão profundamente conectados, com a primeira desempenhando um papel fundamental na proteção e na promoção de ambos. A saúde pública, para cumprir seu objetivo principal de prevenir doenças e promover a saúde das populações, contempla os fatores ambientais que podem causar uma ampla gama de problemas de saúde, incluindo doenças respiratórias, câncer, doenças cardíacas e muito mais²⁶. Em outras palavras, ela possui um papel vital na iden-

tificação, na avaliação e no controle desses riscos ambientais, o que inclui a coleta de dados, a pesquisa científica e a disseminação de informações sobre os impactos na saúde causados pela degradação ambiental. Além disso, os profissionais de saúde pública trabalham em estreita colaboração com autoridades governamentais, formuladores de políticas e comunidades para desenvolver estratégias de prevenção e intervenção¹⁵.

A proteção do meio ambiente é um componente essencial da saúde pública, uma vez que um ambiente saudável é fundamental para a saúde das populações. Nesse contexto, a conservação de ecossistemas naturais, a gestão sustentável dos recursos naturais e a redução da poluição são estratégias-chave para promover a saúde global, podendo a degradação do meio ambiente levar a: escassez de água potável, perda de biodiversidade, aumento da exposição a poluentes e ameaças crescentes de doenças transmitidas por vetores²⁷.

2.8 Determinantes Sociais da Saúde: compreendendo a complexidade

Os DSS são fatores sociais, econômicos, culturais e políticos que exercem uma influência significativa sobre a saúde das populações²⁸. Esses determinantes são fundamentais para a compreensão das disparidades em saúde que existem em todo o mundo, sendo sua influência evidente em diversos aspectos da vida das pessoas.

A classe social, por exemplo, é um determinante social importante que está intrinsecamente ligado ao acesso a recursos e a oportunidades de vida. Estudos demonstraram consistentemente que indivíduos de classes sociais mais baixas enfrentam taxas mais altas de morbidade e mortalidade, bem como uma expectativa de vida geralmente menor em comparação com seus pares de classes sociais mais altas²⁹. Da mesma forma, a educação é um determinante social crítico que afeta a saúde, visto que pessoas com maior nível educacional tendem a adotar comportamentos mais saudáveis, compreender melhor as informações de saúde e ter maior capacidade de tomar decisões informadas sobre sua saúde³⁰. A questão da habitação também desempenha um papel importante nos DSS. Condições de moradia precárias, como superlotação e falta de acesso a saneamento básico, estão associadas a uma série de problemas de saúde, incluindo doenças infecciosas e doenças respiratórias³¹.

É relevante reconhecer que os DSS não atuam de forma isolada, mas interagem de maneira complexa. Por exemplo, a classe social pode influenciar o acesso à educação, que, por sua vez, afeta o emprego e as condições de moradia. Essas interações complexas moldam a saúde das populações de maneira dinâmica e multifacetada.

Posto isso, para debater sobre as disparidades em saúde e melhorar o bem-estar das comunidades, é fundamental adotar uma abordagem holística, que leve em consi-

deração os DSS. Isso inclui o desenvolvimento de políticas públicas que promovam a igualdade de acesso a oportunidades educacionais, emprego, habitação adequada e cuidados de saúde de qualidade²⁸.

2.9 Determinantes Sociais da Saúde e desigualdades em saúde: uma análise crítica

A compreensão dos DSS desempenha um papel fundamental na análise das desigualdades em saúde, que persistem em níveis alarmantes em todo o mundo. A abordagem desses determinantes destaca a influência de fatores sociais, econômicos e ambientais na saúde das populações³², sendo importante reconhecer que essas desigualdades não são resultado de diferenças inerentes às características das pessoas, mas, sim, de sistemas sociais que criam condições desiguais de vida²⁸.

Um dos determinantes sociais mais evidentes das desigualdades em saúde é a classe social. A posição socioeconômica de um indivíduo influencia significativamente seu acesso a recursos, incluindo cuidados de saúde, educação e moradia adequada. Além disso, as desigualdades em saúde estão intrinsecamente ligadas à raça e à etnia. Comunidades racial e etnicamente minoritárias frequentemente enfrentam barreiras no acesso a cuidados de saúde de qualidade e são mais suscetíveis a condições de saúde precárias³³, disparidades resultantes de sistemas de saúde historicamente desiguais e de discriminação sistêmica.

As desigualdades de gênero também desempenham um papel crucial nas disparidades em saúde. Em muitas sociedades, as mulheres enfrentam desvantagens sistêmicas, incluindo menor acesso a recursos econômicos e sociais, bem como discriminação de gênero. Isso se traduz em, por exemplo, taxas mais altas de depressão e violência de gênero³⁴.

Sendo assim, para abordar as desigualdades em saúde, é necessário um compromisso com políticas públicas que promovam a equidade, contemplado os determinantes sociais subjacentes, o que envolve medidas para reduzir a pobreza, melhorar o acesso a cuidados de saúde de qualidade, combater a discriminação e promover a igualdade de gênero²⁸.

2.10 Desafios no uso do conceito de Determinantes Sociais da Saúde

O conceito de DSS tem sido fundamental para compreender as complexas interações entre fatores sociais, econômicos e culturais que influenciam a saúde das populações. No entanto, seu uso não está isento de desafios e críticas, uma vez que sua aplicação prática pode ser complexa e multifacetada.

Uma das principais dificuldades no uso dos DSS reside na definição precisa dos fatores que devem ser considerados, tendo em vista que englobam uma ampla gama de influências, desde a classe social e o nível educacional até a cultura e a política. Essa complexidade pode tornar difícil a identificação e a medição precisa desses determinantes em estudos e intervenções de saúde³⁵. Ademais, a causalidade e a direção das relações entre determinantes sociais e saúde podem ser difíceis de estabelecer. Por exemplo, enquanto é claro que a pobreza pode afetar negativamente a saúde, também é verdade que doenças crônicas podem levar à perda de emprego e, assim, agravar a pobreza. Essas relações bidirecionais podem complicar a atribuição de causa e efeito³⁶.

Outro desafio é a tradução dos conhecimentos sobre determinantes sociais em políticas e ações práticas. Embora haja um amplo reconhecimento da importância desses determinantes, a implementação de políticas eficazes que abordem questões como desigualdade de renda, habitação precária e discriminação racial pode ser politicamente complexa e enfrentar resistência³⁵. Além disso, o contexto cultural e a diversidade das populações podem tornar o uso do conceito sensível às especificidades locais – o que constitui um determinante social relevante pode variar amplamente de uma comunidade para outra, exigindo abordagens flexíveis e adaptáveis³⁶.

Apesar desses desafios, o conceito continua sendo uma ferramenta valiosa para entender e abordar as desigualdades em saúde. Sua complexidade reflete a realidade multifacetada da saúde e da sociedade, e a busca por soluções deve levar em consideração essa complexidade. Assim, ao tratar deles, é fundamental adotar uma abordagem interdisciplinar que integre conhecimentos de diversas áreas, como saúde, sociologia, economia e política³⁵.

2.11 Determinantes Sociais da Saúde e promoção da saúde: uma abordagem integrada

Os DSS desempenham um papel crucial na promoção da saúde das populações, sendo sua compreensão essencial para desenvolver estratégias eficazes de promoção da saúde que abordem as condições sociais, econômicas e ambientais que influenciam o bem-estar das pessoas³⁷.

A promoção da saúde é um campo multidisciplinar que busca melhorar a saúde e o bem-estar das comunidades, não apenas tratando doenças, mas também abordando os fatores que as causam. Isso envolve a criação de ambientes saudáveis, o fortalecimento de habilidades individuais e comunitárias e a promoção de políticas que favoreçam escolhas saudáveis³⁸. Por sua vez, os DSS compreendem uma ampla gama de fatores, incluindo classe social, educação, emprego, condições de moradia, acesso a

cuidados de saúde e a alimentos saudáveis, os quais desempenham um papel fundamental na determinação do estado de saúde das pessoas e das comunidades²⁹.

Um exemplo claro da interligação entre os DSS e a promoção da saúde é a questão da educação. Indivíduos com maior nível educacional tendem a apresentar uma melhor compreensão das informações de saúde, maior capacidade de tomar decisões saudáveis e maior probabilidade de adotar comportamentos saudáveis. Portanto, investir em educação é uma estratégia de promoção da saúde eficaz que aborda um importante determinante social³⁸. Ainda, é necessário reconhecer a complexidade e a interconexão dos DSS, o que exige a colaboração entre governos, instituições de saúde, comunidades e setores não relacionados com a saúde para tratar dos fatores sociais subjacentes que a afetam³⁷.

Em resumo, a promoção da saúde eficaz requer uma abordagem integrada que leve em consideração os DSS. Ao contemplar questões como educação, emprego, classe social e acesso a recursos, podem ser criadas condições propícias para que as pessoas alcancem seu maior potencial de saúde e bem-estar.

2.12 O papel da segurança pública e da violência na saúde pública

Uma das dimensões mais relevantes na seara dos determinantes da saúde é a relação multidimensional entre segurança pública, violência e saúde pública. O papel da segurança pública na promoção da saúde e na prevenção da violência é de extrema importância, pois a segurança é um dos pilares para o bem-estar das comunidades.

Segurança pública é um conceito amplo que engloba medidas e políticas para proteger os cidadãos, suas propriedades e garantir a ordem pública. Um ambiente seguro é essencial para o desenvolvimento saudável das comunidades, permitindo que as pessoas vivam sem medo de violência ou crime. Sua falta pode resultar em altos níveis de estresse, ansiedade e medo nas comunidades, afetando negativamente a saúde mental e física dos residentes³⁹. Já a violência é uma ameaça significativa para a saúde pública em todo o mundo. Ela abrange uma variedade de formas, incluindo violência interpessoal (como homicídios e agressões), violência doméstica, abuso infantil, violência sexual, *bullying* e muitas outras manifestações, causando danos diretos à saúde das vítimas, resultando em lesões físicas, traumas psicológicos, doenças mentais e até mesmo a morte⁴⁰.

A relação entre segurança pública e saúde pública é bidirecional. Isso porque a falta de segurança pública pode contribuir para a ocorrência de crimes e violência, aumentando o risco de exposição a esses eventos prejudiciais. Além disso, comunidades com altos níveis de violência podem experimentar o enfraquecimento de laços sociais, estigmatização e desconfiança, que têm impactos adversos na saúde mental e na co-

esão social³⁹. Por outro lado, políticas de segurança pública eficazes podem ajudar a prevenir a violência e a promover um ambiente seguro para as comunidades. Intervenções como o policiamento comunitário, a prevenção do crime, a educação em direitos humanos e a promoção da resolução pacífica de conflitos desempenham um papel fundamental na redução da violência³⁹.

As desigualdades sociais também desempenham um papel importante na relação entre segurança pública, violência e saúde pública. Comunidades marginalizadas e economicamente desfavorecidas frequentemente enfrentam níveis mais altos de violência e têm acesso limitado a serviços de saúde adequados para tratar suas necessidades físicas e mentais⁴¹.

2.13 Sistemas de saúde e desigualdades em saúde: uma análise detalhada

A questão das desigualdades em saúde tem sido uma preocupação central em todo o mundo, com os sistemas de saúde desempenhando um papel relevante na determinação dessas disparidades. A equidade no acesso a cuidados de saúde é um princípio fundamental que visa garantir que todas as pessoas tenham a oportunidade de alcançar o mais alto nível possível de saúde⁴². Entretanto, os sistemas de saúde variam amplamente de país para país, com diferentes modelos de financiamento, organização e entrega de serviços, o que pode resultar em desigualdades significativas no acesso a cuidados de saúde e na qualidade dos serviços disponíveis⁴³.

Uma das principais fontes de desigualdades em saúde relacionadas com os sistemas de saúde é o acesso desigual aos cuidados de saúde. Em sistemas que dependem de pagamentos diretos no momento do atendimento, as pessoas de baixa renda podem ser impedidas de buscar cuidados devido a barreiras financeiras, implicando desigualdades substanciais no acesso aos serviços de saúde⁴⁴. Além disso, a localização geográfica pode desempenhar um papel importante nas desigualdades em saúde. Áreas rurais e remotas frequentemente enfrentam dificuldades no acesso a serviços de saúde devido à falta de instalações de saúde próximas e à escassez de profissionais de saúde, o que pode levar a disparidades significativas no acesso aos cuidados de saúde entre áreas urbanas e rurais⁴⁵.

A qualidade dos cuidados de saúde também é uma preocupação importante, visto que desigualdades podem surgir quando certos grupos populacionais recebem atendimento de qualidade inferior devido a preconceitos ou discriminação por parte dos prestadores de serviços de saúde⁴⁶.

Ainda, as políticas de saúde desempenham um papel fundamental na determinação das desigualdades em saúde. Isso porque a falta de políticas que abordem as

necessidades das populações vulneráveis pode contribuir para a perpetuação das disparidades em saúde. Por outro lado, políticas que visam reduzir a pobreza, melhorar o acesso a cuidados de saúde e promover a igualdade de gênero podem auxiliar na redução das desigualdades em saúde⁴¹.

2.14 Acesso à saúde, a qualidade da assistência e a equidade em saúde: uma análise abrangente

O acesso à saúde, a qualidade da assistência e a equidade em saúde são pilares de sistemas de saúde eficazes e equitativos. Esses elementos são interligados e desempenham papéis cruciais na promoção do bem-estar das populações⁴².

O acesso à saúde refere-se à capacidade das pessoas de procurar e receber atendimento médico quando necessário, sendo influenciado por fatores como a disponibilidade de serviços de saúde, a proximidade geográfica das instalações de saúde, a acessibilidade financeira e a aceitabilidade cultural dos serviços⁴⁷. A falta de acesso adequado à saúde pode resultar em atrasos no diagnóstico e tratamento de doenças, aumentando o risco de complicações e morte.

Já a qualidade da assistência é um aspecto crítico dos cuidados de saúde, que se refere à prestação de serviços de saúde de acordo com padrões profissionais e baseados em evidências. Ela é medida por indicadores como eficácia, segurança, eficiência, acessibilidade, equidade e aceitabilidade dos serviços⁴⁸. A baixa qualidade dos cuidados de saúde pode levar a resultados adversos para os pacientes e à falta de eficácia dos sistemas de saúde.

Finalmente, a equidade em saúde é um princípio que busca garantir que todas as pessoas tenham a oportunidade de alcançar seu potencial de saúde, independentemente de sua origem étnica, classe social, gênero ou outras características pessoais. Isso envolve a eliminação das disparidades injustas em saúde que resultam de desigualdades sociais e econômicas⁴⁹, e sua falta pode perpetuar ciclos de desvantagem e injustiça.

A interconexão entre esses elementos é evidente, visto que a falta de acesso à saúde pode resultar em desigualdades em saúde, com grupos marginalizados enfrentando barreiras significativas para receber cuidados de qualidade. Além disso, a baixa qualidade dos cuidados de saúde pode afetar desproporcionalmente as populações vulneráveis, agravando as desigualdades em saúde⁵⁰.

Para discutir sobre essas questões de forma eficaz, os sistemas de saúde devem adotar uma abordagem holística, incluindo a implementação de políticas que melhorem o acesso aos cuidados, promovam a qualidade da assistência e busquem a equidade em saúde. Ainda, é fundamental que estejam atentos às necessidades das populações

vulneráveis e adotem medidas para eliminar as barreiras que impedem o acesso equitativo e a prestação de cuidados de alta qualidade para todos⁴².

2.15 O papel do setor privado e da sociedade civil na saúde: colaboração para o bem comum

Para alcançar os mais altos níveis de saúde, as sociedades têm de contar com os esforços coordenados de diversos atores, visando promover o bem-estar das populações. O setor privado e a sociedade civil desempenham papéis cruciais nesse contexto, complementando as ações do setor público e contribuindo para a melhoria dos sistemas de saúde.

O setor privado, que inclui empresas de saúde, hospitais privados, seguradoras, farmacêuticas e outros, desempenha um papel significativo na prestação de serviços de saúde em muitos países. Suas contribuições incluem:

- a) Expansão do acesso: o setor privado pode complementar o sistema público de saúde, oferecendo uma ampla gama de serviços médicos e de saúde, expandindo, assim, o acesso aos cuidados de saúde⁵¹.
- b) Inovação: empresas farmacêuticas e de tecnologia médica desempenham um papel central na pesquisa e no desenvolvimento de novos medicamentos, tratamentos e tecnologias médicas⁵².
- c) Eficiência: a competição no setor privado pode levar a melhorias na eficiência dos serviços de saúde, estimulando a inovação e a qualidade⁵³.

Por outro lado, o envolvimento do setor privado na saúde também apresenta desafios, como preocupações com o lucro sobre o bem-estar, falta de regulamentação adequada e possível exclusão de populações vulneráveis devido a altos custos.

A sociedade civil, que inclui Organizações Não Governamentais (ONG), grupos de defesa, voluntariado e ativistas, possui um papel fundamental na promoção da saúde e na defesa dos direitos dos pacientes. Suas contribuições incluem:

- a) Advocacia e conscientização: a sociedade civil pode pressionar os governos e os setores público e privado para garantir políticas de saúde equitativas, acesso a medicamentos e tratamentos, além de promover conscientização sobre questões de saúde⁵⁴.
- b) Assistência direta: muitas ONG e grupos voluntários fornecem serviços de saúde diretos, como cuidados médicos, prevenção de doenças e educação em saúde em comunidades carentes⁵⁵.
- c) Monitoramento e responsabilização: a sociedade civil desempenha um papel importante no monitoramento da prestação de serviços de saúde, garantindo a transparência e a responsabilização no setor⁵⁶.

Em suma, a colaboração entre o setor privado, a sociedade civil e o setor público é essencial para enfrentar os desafios de saúde de maneira eficaz, o que pode incluir parcerias público-privadas, em que o setor privado contribui com recursos e *expertise*, enquanto a sociedade civil atua como fiscalizadora e defensora dos interesses das comunidades. No entanto, essa colaboração deve ser cuidadosamente gerenciada, a fim de garantir que os interesses comerciais não sobreponham os objetivos de saúde pública. Nesse sentido, a regulamentação e a supervisão rigorosas são necessárias para mitigar riscos e proteger o bem-estar das populações⁵¹.

2.16 À guisa de conclusão: desafios e oportunidades para a saúde global, proteção ambiental e redução de desigualdades em saúde

A interligação entre saúde global, proteção ambiental e desigualdades em saúde é um desafio complexo que exige ação coordenada em nível mundial. Neste texto, examinamos os desafios e as oportunidades de promover a saúde global, proteger o meio ambiente e reduzir as desigualdades em saúde simultaneamente, destacando a importância da abordagem interdisciplinar e de políticas integradas, como resumido a seguir.

2.17 Desafios

- a) Mudanças climáticas: representam uma ameaça significativa para a saúde global, com impactos que incluem eventos climáticos extremos, aumento das doenças transmitidas por vetores e escassez de recursos hídricos. Populações vulneráveis em áreas de baixa renda são mais afetadas por esses eventos⁵⁷.
- b) Poluição ambiental: a poluição do ar, da água e do solo contribui para uma série de doenças, incluindo doenças respiratórias, cardiovasculares e câncer. Novamente, as comunidades de baixa renda enfrentam maiores riscos de exposição à poluição²⁶.
- c) Desigualdades em saúde: persistem em todo o mundo, com populações marginalizadas enfrentando piores indicadores de saúde. A falta de acesso a cuidados de saúde adequados é uma das principais causas dessas desigualdades³².

2.18 Oportunidades

- a) Saúde e meio ambiente como prioridades globais: a inclusão da saúde e da proteção ambiental como prioridades globais, como evidenciado pelos ODS, oferece a oportunidade de abordar essas questões de forma integrada.
- b) Políticas integradas: a implementação de políticas integradas que abordem tanto a saúde quanto a proteção ambiental pode levar a soluções mais eficazes. Por

exemplo, o uso de energias renováveis não apenas reduz a poluição do ar, mas também tem benefícios para a saúde²³.

- c) Enfoque em comunidades vulneráveis: reconhecer e atender às necessidades das comunidades mais vulneráveis é essencial para reduzir as desigualdades em saúde e minimizar os impactos das mudanças ambientais.

Desafios da implementação

A implementação de estratégias que promovam simultaneamente a saúde global, a proteção ambiental e a redução de desigualdades em saúde não está isenta de obstáculos. Alguns desafios incluem:

- a) Conflitos de interesse: interesses econômicos muitas vezes entram em conflito com as ações de proteção ambiental e de promoção da saúde, tornando difícil a implementação de políticas rigorosas²³.
- b) Coordenação internacional: a cooperação global é essencial para enfrentar problemas transnacionais, como as mudanças climáticas, mas exige esforços concentrados de múltiplos atores e governos⁵⁷.
- c) Recursos limitados: alocar recursos para iniciativas de saúde global, proteção ambiental e redução de desigualdades em saúde pode ser desafiador, especialmente em contextos de escassez de recursos.

3. Conclusão

A promoção simultânea da saúde global, da proteção ambiental e da redução de desigualdades em saúde é uma tarefa complexa, mas fundamental para o bem-estar das populações, sendo abordagens interdisciplinares e políticas integradas essenciais para enfrentar esses desafios de forma eficaz e construir um mundo mais saudável e equitativo.

Referências

1. World Health Organization. Air quality and health. Geneva: WHO; 2020.
2. Organization for Economic Co-operation and Development. Air pollution: health effects, costs, and policies. Paris: OECD; 2020.
3. United States Environmental Protection Agency. Air pollution and health. Washington, DC: EPA; 2020.

4. World Health Organization. Climate change and health. Geneva: WHO; 2022.
5. World Health Organization. Climate change and health. Geneva: WHO; 2021.
6. United Nations Environment Programme. The health impacts of climate change. Geneva: UNEP; 2020.
7. Intergovernmental Panel on Climate Change. Climate change 2022: impacts, adaptation and vulnerability. Geneva: IPCC; 2022.
8. World Health Organization. Social determinants of health. Geneva: WHO; 2022.
9. Barnes PD, Jones KE. Racism and health disparities in the United States: a contextual overview. *Annu Rev Public Health*. 2015;36:39-53.
10. Institute of Medicine. Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care. Washington, DC: The National Academies Press; 2013.
11. Intergovernmental Panel on Climate Change. Climate change 2021: the physical science basis. Cambridge: Cambridge University Press; 2021.
12. World Bank. The impact of climate change on health. Washington, DC: WB; 2022.
13. Costanza R, D'Arge R, Groot R, Farber S, Grasso M, Hannon B, et al. The value of the world's ecosystem services and natural capital. *Nature*. 1997;387(6630):253-60. doi: 10.1038/387253a0
14. United Nations Environment Programme. Global environment outlook 6. Nairobi, Kenya: UNEP; 2022.
15. Prüss-Üstün A, Wolf J, Bartram J, Clasen T, Cumming O, Freeman MC, et al. Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene for selected adverse health outcomes: an updated analysis with a focus on low-and middle-income countries. *Int J Hyg Environ Health*. 2019;222(5):765-77. doi: 10.1016/j.ijheh.2019.05.004
16. Garnett T, Appleby MC, Balmford A, Bateman IJ, Benton TG, Bloomer P, et al. Sustainable intensification in agriculture: premises and policies. *Science*. 2013;341(6141):33-4. doi: 10.1126/science.1234485
17. Convention on Biological Diversity. Global biodiversity outlook 2. Montreal, Canada: CBD Secretariat; 2000.
18. Keesing F, Belden LK, Daszak P, Dobson A, Harvell CD, Holt RD, et al. Impacts of biodiversity on the emergence and transmission of infectious diseases. *Nature*. 2010;468(7324):647-52. doi: 10.1038/nature09575

19. Intergovernmental Science-Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services. Global assessment report on biodiversity and ecosystem services. Bonn, Germany: IPBES Secretariat; 2019.
20. Myers SS, Gaffikin L, Golden CD, Ostfeld RS, Redford KH, Ricketts TH, et al. Human health impacts of ecosystem alteration. *Proc Natl Acad Sci*. 2013;110(47):18753-60. doi: 10.1073/pnas.1218656110
21. Díaz S, Pascual U, Stenseke M, Martín-López B, Watson RT, Molnár Z, et al. Summary for policymakers of the global assessment report on biodiversity and ecosystem services of the Intergovernmental Science-Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services. Bonn, Germany: IPBES Secretariat; 2019.
22. Kickbusch I, Silberschmidt G, Buss P. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *Bull World Health Organ*. 2007;85(3):230-2. doi: 10.2471/blt.06.039222
23. Haines A, Ebi K, Smith K, Woodward A, Campbell-Lendrum D. Health risks of climate change: act now or pay later. *Lancet*. 2021;398(10307):110-2. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61659-7
24. Plowright RK, Parrish CR, McCallum H, Hudson PJ, Ko AI, Graham AL, et al. Pathways to zoonotic spillover. *Nature*. 2017;15(8):502-10. doi: 10.1038/nrmicro.2017.45
25. Bamba C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2021;75(11):967-8. doi: 10.1136/jech-2020-214401
26. Landrigan PJ, Fuller R, Acosta NJR, Adeyi O, Arnold R, Basu N, et al. The Lancet Commission on pollution and health. *The Lancet*. 2017;391(10119):462-512. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32345-0
27. Hales S, Wet N, Maindonald J, Woodward A. Potential effect of population and climate changes on global distribution of dengue fever: an empirical model. *The Lancet*. 2019;360(9336):830-4. doi: 10.1016/S0140-6736(02)09964-6
28. World Health Organization. Social determinants of health. Geneva: WHO; 2021.
29. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet*. 2005;365(9464):1099-104. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6
30. Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav*. 1995;35(Extra Issue):80-94.
31. Benach J, Muntaner C, Santana V. Employment conditions and health inequalities. In: Marmot M, Wilkinson RG, editors. *Social determinants of health*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2010.

32. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372(9650):1661-9. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61690-6
33. Williams DR, Mohammed SA. Racism and health I: pathways and scientific evidence. *Am Behav Sci*. 2013;57(8):1152-73. doi: 10.1177/0002764213487340
34. Sen G, Östlin P. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. *Glob Public Health*. 2008;3(suppl 1):1-12. doi: 10.1080/17441690801900795
35. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. In: Irwin A, Scally T, editors. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: WHO; 2010.
36. Marmot M, Bell R. Social determinants and public health: a framework for addressing the social and economic determinants of health inequities. *Health Affairs*. 2009;28(2):585-97.
37. World Health Organization. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: WHO; 2010.
38. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promot Int*. 1998;13(4):349-64.
39. World Health Organization. *Violence and injury prevention*. Geneva: WHO; 2021.
40. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002.
41. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Herd E, Morrison J. *Build back fairer: the COVID-19 Marmot review. The pandemic, socioeconomic and health inequalities in England*. London: The Health Foundation; 2020.
42. World Health Organization. *The world health report 2008: primary health care – now more than ever*. Geneva: WHO; 2008.
43. Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Sarnak D. *2015 international profiles of health care systems*. New York: The Commonwealth Fund; 2015.
44. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*. 2001;56(3):171-204. doi: 10.1016/S0168-8510(00)00149-4
45. Nesbitt RC, Gabrysch S, Laub A, Soremekun S, Manu A, Kirkwood BR. Methods to measure potential spatial access to delivery care in low- and middle-income countries: a case study in rural Ghana. *Int J Health Geogr*. 2012;11(1):1-14.
46. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet*. 2012;358(9284):833-6. doi: 10.1016/S0140-6736(01)05975-X

47. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127-40. doi: 10.1097/00005650-198102000-00001
48. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
49. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22(3):429-45. doi: 10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN
50. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: coming of age. *Annu Rev Public Health*. 2017;38:3-4.
51. McPake B, Hanson K, Mills A. Community financing of health care in Africa: an evaluation of the Bamako Initiative. *Soc Sci Med*. 2016;62(12):2022-35.
52. Yadav P. Health product supply chains in developing countries: diagnosis of the root causes of underperformance and an agenda for reform. *Health Syst Reform*. 2017;3(2):142-54.
53. Bloom DE, Khoury A, Subbaraman R. The promise and peril of universal health care. *Science*. 2018;361(6404):eaat9644. doi: 10.1126/science.aat9644
54. Nguyen HT, Wang W, Ajayi A. Factors influencing the role of civil society organizations in national health policy processes in Nigeria and Zambia. *Health Pol Plann*. 2019;34(10):715-23.
55. Brinkerhoff DW, Bossert TJ. Health governance: concepts, experience, and programming options. Washington, DC: Health Systems 20/20; 2009.
56. Hubris, public health, and active voice. *Glob Public Health*. 2015;10(1):118-23.
57. Watts N, Amann M, Ayeb-Karlsson S, Belesova K, Bouley T, Boykoff M, et al. The Lancet countdown on health and climate change: from 25 years of inaction to a global transformation for public health. *Lancet*. 2018;391(10120):581-630. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32464-9

Sobre os autores

Luiz Augusto Galvão. MD, MSC, DSc, pesquisador sênior do Centro de Saúde Global da Fiocruz, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1026618658532450>

Paulo Marchiori Buss. Professor Emérito da Fundação Oswaldo Cruz; Médico sanitaria, Mestre em Medicina Social; Doutor em Ciências; Membro Titular da Academia Nacional de Medicina; Presidente da Aliança Latino-americana de Saúde Global (Alasag), Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5771733693652268>

OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA AGENDA 2030: HISTÓRICO, CONCEITUAÇÃO E MONITORAMENTO DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE NOS PAÍSES DA COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA

The Social Determinants of Health in the 2030 Agenda: concepts and monitoring of health-related indicators in Community of Portuguese Language Countries

Les déterminants sociaux de la santé dans l'Agenda 2030: concepts et suivi des indicateurs liés à la santé dans les pays de la Communauté des Pays de Langue Portugaise

Ana Luisa Jorge Martins
Wanessa Debôrtoli Miranda
Fabricio Silveira
Rômulo Paes-Sousa

Resumo

Este capítulo procura introduzir a discussão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) dentro da configuração conceitual da Agenda 2030 e sua operacionalização em indicadores relacionados com a saúde. A primeira parte da próxima seção avalia a interligação entre os DSS e as desigualdades em saúde, mostrando como o conceito evoluiu ao longo dos últimos anos até sua integração nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A segunda parte apresenta os elementos-chave e os desafios para a implementação da Agenda 2030 enquanto uma estratégia global de combate às desigualdades em saúde. Na sequência, são exibidos os indicadores relacionados com a saúde dentro da proposta oficial dos indicadores ODS globais e a situação dos países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, inclusive o tamanho das brechas existentes em relação a países em nível semelhante de desenvolvimento. A parte final do capítulo reforça as oportunidades de cooperação entre os países avaliados e resume a discussão dos DSS dentro da Agenda 2030.

Palavras-chave: Agenda 2030. Desenvolvimento Sustentável. Desigualdades em saúde. Determinantes Sociais da Saúde.

Résumé

Ce chapitre vise à introduire la discussion sur les déterminants sociaux de la santé dans le cadre conceptuel de l'Agenda 2030 et leur opérationnalisation à travers des indicateurs liés à la santé. La première partie de la section suivante évalue l'interconnexion entre les Déterminants Sociaux de la Santé (DSS) et les inégalités en matière de santé, en illustrant comment le concept a évolué au fil des ans jusqu'à son intégration dans les Objectifs de Développement Durable (ODD). La deuxième partie présente les éléments clés et les défis de la mise en œuvre de l'Agenda 2030 en tant que stratégie mondiale de lutte contre les inégalités en matière de santé. Ensuite, les indicateurs liés à la santé sont présentés dans la proposition officielle des indicateurs mondiaux des ODD, ainsi que la situation des pays de la Communauté des Pays de Langue Portugaise (CPLP), y compris l'ampleur des écarts existants par rapport aux pays d'un niveau de développement similaire. La dernière partie du chapitre renforce les opportunités de coopération entre les pays évalués et résume la discussion sur les DSS dans le cadre de l'Agenda 2030.

Mots-clés: Agenda 2030. Développement Durable. Inégalités de Santé. Déterminants Sociaux de la Santé.

Abstract

This chapter aims to introduce the discussion on the social determinants of health within the conceptual framework of the 2030 Agenda and its operationalization through health-related indicators. The first part of the following section assesses the interconnection between the Social Determinants of Health (SDH) and health inequalities, illustrating how the concept has evolved over the years until its integration into the Sustainable Development Goals (SDGs). The second part presents the key elements and challenges for the implementation of Agenda 2030 as a global strategy to combat health inequalities. Subsequently, the health-related indicators are presented within the official proposal of global SDG indicators, along with the situation of the Community of Portuguese Language Countries (CPLP), including the extent of existing gaps compared to countries at a similar level of development. The final part of the chapter reinforces the opportunities for cooperation among evaluated countries and summarizes the discussion on SDH within the 2030 Agenda.

Keywords: Agenda 2030. Sustainable Development. Health inequalities. Social Determinants of Health.

1. Introdução

A integralidade e a multidimensionalidade do processo de desenvolvimento, o combate às desigualdades e a parceria global para o desenvolvimento sustentável configuram eixos centrais da Agenda 2030. No cenário internacional atual, a Agenda 2030 constitui-se enquanto a plataforma global mais complexa e relevante para a implementação de políticas públicas e iniciativas da sociedade civil e do setor privado que abordam os DSS. A saúde e seus determinantes passam a ser reconhecidos como pauta política internacional conjuntamente com o reconhecimento de sua interdependência com o combate às desigualdades, sejam elas entre e ou dentro dos países e suas populações.

Este capítulo procura introduzir a discussão sobre os DSS dentro da configuração conceitual da Agenda 2030 e sua operacionalização em indicadores relacionados com a saúde. A primeira parte da próxima seção avalia a interligação entre os DSS e as desigualdades em saúde, mostrando como o conceito evoluiu ao longo dos últimos anos até sua integração nos ODS. A segunda parte apresenta os elementos-chave e os desafios para a implementação da Agenda 2030 enquanto uma estratégia global de combate às desigualdades em saúde. Na sequência, são exibidos os indicadores relacionados com a saúde

dentro da proposta oficial dos indicadores ODS globais e a situação dos países da CPLP, inclusive o tamanho das brechas existentes em relação a países em nível semelhante de desenvolvimento. A parte final do capítulo reforça as oportunidades de cooperação entre os países avaliados e resume a discussão dos DSS dentro da Agenda 2030.

2. Desenvolvimento

2.1 Desigualdades em saúde e o reconhecimento dos DSS nos acordos globais de desenvolvimento

A saúde e, por consequência, a doença são fenômenos que se manifestam de maneira desigual nas diversas populações, gerando o que hoje é reconhecido como “desigualdades em saúde”. Nas últimas décadas, houve um amplo reconhecimento dos múltiplos fatores que exercem efeitos prejudiciais sobre a saúde tanto dos indivíduos quanto das comunidades. Esses fatores incluem questões como degradação ambiental, disparidades na distribuição de renda e poder, fragilidades nas condições de trabalho, nos sistemas educacionais e de saúde, bem como crises políticas. Mais recentemente, destacam-se as discriminações relacionadas com gênero, etnia, orientação sexual, entre outras^{1,2}.

Agravando ainda mais essas desigualdades, temos o acúmulo de crises globais, como a crise financeira, a crise climática, a pandemia da covid-19 e a crise alimentar³. Essas crises contribuíram para a queda do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) global em 2022, algo inédito nos últimos 32 anos, que retrocedeu ao patamar de 2016. Além disso, é preocupante observar que as regiões mais vulneráveis do mundo, como a América Latina e o Caribe, a África Subsaariana e o Sul da Ásia, têm sido especialmente afetadas por essas adversidades.

No âmbito nacional, as desigualdades são impulsionadas, em grande parte, por fatores estruturais que perpetuam mecanismos de exclusão, os quais vêm se perpetuando ao longo da história. Em países com alta desigualdade de renda, a associação entre a renda dos pais e a renda dos filhos é mais forte, ou seja, a mobilidade econômica entre gerações é menor. Por exemplo, enquanto na Dinamarca, país com menor desigualdade, estima-se que sejam necessárias aproximadamente duas gerações para que membros de uma família de baixa renda alcancem uma renda média, no Brasil, esse tempo estimado é de nove gerações⁴.

Embora essa relação não denote uma causalidade direta, ela pode ser compreendida a partir do prisma da desigualdade, que reduz a mobilidade, pois molda as oportunidades disponíveis. Entre os fatores que contribuem para a desigualdade de oportu-

tunidades, estão os antecedentes familiares, o gênero, a raça e o local de nascimento – todos fortemente associados à desigualdade de renda⁵.

O debate em torno das desigualdades em saúde ganhou relevância crescente na esfera pública internacional, especialmente a partir de 2005, com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde pela OMS. Posteriormente, em outubro de 2011, uma nova iniciativa da OMS reuniu chefes de Estado, ministros e representantes de governos no Rio de Janeiro para reafirmar o compromisso de promover a equidade social e em saúde, por meio de ações enfocadas nos DSS e do bem-estar. Essas ações foram implementadas mediante uma abordagem intersectorial ampla. A “Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde”² sintetiza os compromissos assumidos, a saber: a) Melhorar as condições de vida cotidianas, abordando as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem; b) Enfrentar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos, que são motores estruturais das condições de vida mencionadas, nos âmbitos global, nacional e local; e c) Quantificar o problema, avaliar as ações, ampliar a base de conhecimento, desenvolver um corpo de profissionais especializados em DSS e promover a conscientização pública sobre o tema².

Essa declaração pode ser considerada o primeiro compromisso político global a reconhecer a necessidade de combater as desigualdades de saúde por meio de intervenções direcionadas aos DSS. No ano seguinte, na cidade do Rio de Janeiro, ocorreu a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável de 2012, também conhecida como Rio+20⁶. Dentre as importantes decisões tomadas pelos Estados-Membros, destacou-se o lançamento de um processo deliberativo para desenvolver um conjunto de objetivos comuns entre as partes interessadas, unificando os compromissos de desenvolvimento social com a pauta de sustentabilidade⁷.

Após três anos de debates e deliberações em alto nível político, chegou-se a um consenso sobre os temas compartilhados para a construção de uma ampla agenda de desenvolvimento a ser implementada globalmente. A formalização dessa agenda foi realizada na Assembleia Geral das Nações Unidas durante a “Cúpula das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável 2015”, ocorrida em setembro de 2015 em Nova York. A Resolução nº 70/1, intitulada “Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, é amplamente conhecida como Agenda 2030^{8,9}.

2.2 O espaço dos DSS na Agenda 2030 e as ferramentas de monitoramento das desigualdades em saúde

A Agenda 2030, ratificada pelos 193 Estados-Membros da ONU, é um plano de ação global para erradicar a pobreza e promover uma vida digna para todos, asseguuran-

do que as gerações futuras também tenham suas necessidades atendidas¹⁰. Resultado da integração entre a pauta de sustentabilidade global iniciada com a ‘Agenda 21’ e a experiência adquirida com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a Agenda 2030 está fundamentada em 17 ODS, que estabelecem 169 metas a serem alcançadas até 2030^{10,11}.

O monitoramento e a avaliação do progresso da implementação da Agenda 2030 nos países signatários são conduzidos por meio de 232 indicadores estabelecidos pela ‘Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators’ (IAEG-SDGs), composta por representantes dos institutos nacionais de estatística dos países-membros e observadores de agências regionais e internacionais^{12,13}. Os indicadores oficiais dos ODS são considerados instrumentos centrais para monitorar e garantir a implementação das metas e combater as desigualdades, assumindo um papel de destaque e importância política dentro da estrutura de governança da Agenda¹⁴. Além disso, esses indicadores oferecem princípios e objetivos implícitos que fornecem aos governos locais e subnacionais uma base orientadora para a formulação de estratégias que contribuam para a redução das desigualdades em saúde¹⁵⁻¹⁷.

É importante salientar que a natureza globalmente harmonizada dos indicadores traz consigo um *trade-off* significativo, pois, embora permita a comparabilidade e a avaliação das metas globais, pode limitar a consideração das particularidades de cada país, especialmente dos mais pobres e com problemas específicos^{18,19}. Reconhecendo essa questão de escala, compreendemos que a implementação bem-sucedida da Agenda 2030 depende da integração consistente de ações nos níveis local, subnacional, regional, nacional e global^{10,20}.

Em relação à saúde, o fortalecimento do combate às desigualdades e o reconhecimento dos DSS na Agenda 2030 estão relacionados com o fato de que a concepção conceitual e metodológica dessa agenda incorpora características inéditas. A própria concepção dos ODS e suas metas estão fundamentadas na ideia de integração e indivisibilidade da Agenda, representando uma mudança significativa de perspectiva, em que os ODS não devem ser abordados e implementados de forma isolada, mas, sim, como partes interconectadas que buscam o equilíbrio das dimensões econômica, social e ambiental, fundamentais para o desenvolvimento sustentável¹⁰.

Essa abordagem tem implicações diretas na forma como a saúde é discutida na Agenda. A saúde é explicitamente representada pelo ODS 3, denominado “Saúde e Bem-estar”, que tem como objetivo “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar em todas as idades”, com 13 metas e 28 indicadores específicos⁹. Além disso, ao reconhecer a existência de uma abordagem holística e integral dos 17 ODS, a Agenda 2030 busca abordar a saúde para além do ODS 3, seguindo a direção estabelecida pelo

conceito proposto pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, abrangendo, assim, um conjunto muito maior de objetivos, metas e indicadores da Agenda (quadro 1).

Quadro 1. Categorização dos indicadores relacionados com a saúde em grupos temáticos

Grupos temáticos	Indicadores relacionados com a saúde
i) Saúde materna e reprodutiva	3.1.1 (mortalidade materna); 3.1.2 (partos assistidos); 3.7.1 (planejamento familiar); 3.7.2 (natalidade adolescente); 5.6.1 (saúde sexual e reprodutiva); 5.6.2 (legislação de saúde sexual e reprodutiva).
ii) Saúde infantil e do recém-nascido	2.2.1 (atraso no crescimento em menores de 5 anos); 2.2.2 (malnutrição em menores de 5 anos); 3.2.1 (mortalidade de menores de 5 anos); 3.2.2 (mortalidade neonatal); 3.b.1 (cobertura vacinal).
iii) Doenças infecciosas	3.3.1 (HIV); 3.3.2 (tuberculose); 3.3.3 (malária); 3.3.4 (hepatite B); 3.3.5 (Doenças Tropicais Negligenciadas – DTN).
iv) Doenças não transmissíveis	3.4.1 (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes ou doença respiratória crônica); 3.4.2 (suicídio); 3.5.1 (tratamento do abuso de substâncias); 3.5.2 (álcool); 3.a.1 (tabaco).
v) Lesões e violência	1.5.1/11.5.1/13.1.1 (afetados por desastres); 3.6.1 (mortalidade por acidente de trânsito); 5.2.1 (violências de mulheres por parceiros); 5.2.2 (violência sexual de mulheres); 5.3.1 (casamento infantil); 5.3.2 (mutilação genital feminina); 8.8.1 (lesões ocupacionais); 16.1.1 (homicídio); 16.1.2 (mortes por conflitos); 16.1.3 (violência física, psicológica ou sexual); 16.1.4 (segurança nas ruas); 16.2.3 (violência sexual de menores).
vi) Riscos ambientais	3.9.1 (poluição do ar); 3.9.2 (serviços WASH inseguros); 3.9.3 (intoxicação não intencional); 4.a.1 (escolas com serviços sanitários); 6.1.1 (acesso à água); 6.2.1 (saneamento básico); 6.3.1 (esgoto sanitário); 6.a.1 (ajuda oficial ao desenvolvimento em saneamento); 7.1.2 (combustíveis limpos para cozinhar); 11.6.2 (partículas inaláveis).
vii) Cobertura universal de saúde e sistemas de saúde	1.a.2 (gastos governamentais em serviços essenciais); 3.8.1 (cobertura universal de saúde); 3.8.2 (gastos domésticos com saúde); 3.b.2 (ajuda oficial ao desenvolvimento em saúde); 3.b.3 (medicamentos); 3.c.1 (profissionais de saúde); 3.d.1 (Regulamento Sanitário Internacional); 17.19.2 (censo e registro civil de nascimento e óbito).
viii) Outros	1.1.1 (linha internacional da pobreza); 1.3.1 (proteção social); 2.1.1 (subalimentação); 7.1.1 (eletricidade); 10.7.1 (custos de imigração); 10.7.2 (políticas de imigração); 16.9.1 (registro de nascimento); 17.18.1 (capacidade estatística); 17.18.2 (legislação estatística).

Fonte: elaboração própria baseada no quadro 1 contido no artigo de Martins et al.²¹.

Isso implica reconhecer e priorizar as metas e os indicadores dos demais ODS que afetam a saúde, os quais devem ser igualmente considerados no planejamento e na implementação de ações voltadas à saúde. Esse reconhecimento requer a compreensão das interdependências e das possíveis sinergias e *trade-offs* entre metas e indicadores

durante o monitoramento e as avaliações, tanto setoriais quanto intersetoriais, a fim de garantir uma implementação coesa e consistente. Para isso, é fundamental ter uma definição clara tanto dos conceitos dos determinantes de saúde que serão considerados quanto das áreas interdisciplinares da saúde relacionadas com os temas correlatos, visando à formulação de intervenções em campo²¹.

No entanto, essa abordagem pode representar um grande desafio de implementação, especialmente para países em desenvolvimento, que enfrentam questões específicas, como contextos burocráticos sem uma delimitação clara das responsabilidades das instâncias governamentais e instituições, levando, por vezes, a sobreposições e falta de comunicação clara entre os atores envolvidos²². Além disso, não há uma definição oficial na Agenda 2030 sobre as possíveis sinergias e *trade-offs* entre metas e indicadores, e, conseqüentemente, muito menos uma definição sobre quais indicadores relacionados com a saúde devem ser considerados na perspectiva dos determinantes de saúde. Ao mesmo tempo, o princípio colaborativo estimula a multiplicidade de perspectivas acerca dos temas e indicadores relacionados com a saúde, seja por parte dos próprios países, que precisam adaptar e aplicar a Agenda em seus contextos, seja por parte das autoridades sanitárias e outras instituições envolvidas na promoção da saúde e do desenvolvimento sustentável^{21,23}.

A promoção dos ODS como ferramentas práticas para o desenho de políticas e ações por agentes públicos e privados prevê a necessidade da internalização por cada país, ou seja, a adaptação de metas e indicadores globais dos ODS à realidade de cada nação. Concomitantemente ao processo de internalização, o processo de interiorização, quando a Agenda chega aos territórios, sejam estes estados ou municípios, é um desafio ainda maior para os gestores, colocando a necessidade de inserção da Agenda em uma proposta intersetorial e interescalar do global ao local^{20,24}.

Considerando que já estamos na segunda metade do prazo de implementação da Agenda, é crucial que haja maior urgência no investimento em novos arranjos institucionais e novas abordagens de implementação de políticas públicas que permitam orientar intervenções mais efetivas, considerando conjuntamente os contextos econômico, ambiental, institucional e social, de forma a permitir melhor efetividade na implementação de ações no campo da saúde.

2.3 As brechas globais de saúde dos países da CPLP

Como resultado do apelo da ONU por uma ‘revolução de dados’ no âmbito dos ODS, a disponibilidade de informações comparáveis dentro e entre os países foi significativamente incrementada nos últimos anos. Entre 2015 e 2020, o número de indica-

dores oficiais sem metodologia padronizada caiu de 88 para 0 enquanto os indicadores conceitualmente claros e produzidos regularmente por, pelo menos, 50% dos países aumentaram de 81 para 123. Essa maior disponibilidade de dados oferece uma oportunidade única para a investigação das disparidades internas e externas nas condições de saúde entre os países e seus territórios e populações.

Esta seção procura avaliar as brechas externas de saúde dos países da CPLP a partir da avaliação comparativa internacional de 42 indicadores relacionados com a saúde disponíveis na plataforma oficial para os ODS. Os dados ilustrados na tabela 1 são os mais recentes para cada país publicados na plataforma (junho de 2023) e contam com informações que alcançam o ano de 2022 no caso de alguns indicadores.

A tabela permite uma avaliação objetiva das diferenças absolutas entre os países da amostra nos indicadores relacionados com a saúde, ilustrando a existência de grandes disparidades entre os países. A tabela destaca ainda o PIB per capita, o índice de Gini e o Gasto com saúde (% do PIB), medidas comumente utilizadas para avaliar, respectivamente, o grau de desenvolvimento e capacidade de gastos, desigualdades no acesso e na cobertura dos serviços de saúde. A disposição dos países em ordem crescente do nível PIB per capita facilita a identificação dos países mais atrasados e daqueles mais adiantados em cada temática. De forma geral, destacam-se negativamente Guiné Equatorial e Angola, que apresentam resultados piores que o esperado pelo nível do PIB per capita. Esses países também se destacam negativamente em termos absolutos, com alguns dos piores indicadores da amostra na maior parte dos temas. Tais resultados refletem a baixa prioridade do investimento em saúde nesses países, que com 3,77% e 2,91% do PIB, respectivamente, são aqueles que menos alocam recursos no setor da saúde na amostra. Na outra ponta, Cabo Verde apresenta os melhores resultados pela capacidade de gastos, enquanto Portugal exibe os melhores indicadores em termos absolutos. Mais uma vez, em ambos os casos, esses resultados são compatíveis com o investimento em saúde desses países, dado o nível de renda.

A opção pela avaliação comparativa é uma solução promovida no âmbito da Agenda 2030 em função da dificuldade de estabelecimento das metas nacionais para os indicadores. De fato, a ausência de metas nacionais explícitas para a maior parte dos temas e indicadores amplia o desafio de monitoramento dos ODS e de construção de políticas adequadas ao seu alcance. Ao conduzir um processo de harmonização global das estatísticas e dos indicadores dos ODS, a ONU pretende criar comparabilidade desde o plano local ao global, permitindo, assim, que o desempenho de um país/região possa ser avaliado a partir de seus pares em estágio de desenvolvimento semelhante e/ou países vizinhos, com os quais se compartilhe características relevantes.

Tabela 1. Situação dos indicadores relacionados com a saúde da CPLP

Indicadores		Mocambique	Guiné-Bissau	Timor-Leste	São Tomé e Príncipe	Angola	Cabo Verde	Brasil	Guiné Equatorial	Portugal
	Grupo de renda (Banco Mundial)	Baixa	Baixa	Média-baixa	Média-baixa	Média-baixa	Média-baixa	Média-alta	Média-alta	Alta
	PIB per capita (FMI, Dólares PPP, 2022 ano base 2015)	\$1.253.39	\$2.311.85	\$2.860.55	\$4.072.40	\$6.202.10	\$6.529.01	\$14.929.79	\$15.653.01	\$35.217.68
	índice de Gini (Banco Mundial)	54	34.8	28.7	40.7	51.3	42.4	50.9	58.8	34.7
	Gasto médio com saúde (% PIB) (OMS)	7.62	8.41	9.85	4.91	2.91	6.02	10.31	3.77	10.55
Saúde materna e reprodutiva	311 Taxa de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos)	289	667	142	130	241	58	60	301	8
	312 Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado (%)	73	53.8	56.7	96.8	49.6	97.3	99.1	68.3	98.6
	371 Mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) com suas necessidades de planeamento familiar satisfeitas com métodos modernos (%)	55.5	60	45.9	57.7	29.8	73.2	89	20.7	
	372 Taxa de natalidade na adolescência (por 1.000 mulheres de 15 a 19 anos)	180	84	41.9	86.1	163	57.4	49.1	176	7.6
	223 Proporção de mulheres de 15 a 49 anos com anemia, grávidas (%)	45.8	52.3	38	50.8	48.3	33.9	19.1	48.1	19.4
Saúde infantil e neonatal	221 Crianças <5 anos com atraso no crescimento (% altura para idade <2 DP)	42.3	28.1	51.7	11.7	37.6		7	26.2	3.2
	222a Crianças < 5 anos com emagrecimento (% peso/altura <2 DP)	7	2.2	1.6	4.5	3.4		6.4	9.7	7.1
	222b Crianças <5 anos com sobrepeso (% peso/altura >+2 DP)	4.4	7.8	9.9	4.1	4.9		1.8	3.1	0.6
	321 Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (probabilidade de morrer até os 5 anos de idade por 1.000 nascidos vivos)	70.6	76.8	42.3	16.1	71.5	14.2	14.7	78.5	3.3
	322 Taxa de mortalidade neonatal (por 1.000 nascidos vivos)	28.3	35.1	19.4	7.8	27.3	8.5	8.7	28.7	1.8
	3b1a Cobertura vacinal para difteria, tétano e coqueluche (DTP3) em 1 ano	79	74	86	95	51	93	77	53	99
	3b1b Cobertura vacinal por país com a segunda dose da vacina, incluindo sarampo (MCV2)	62		78	81	41	86	44		95
	3b1c Cobertura vacinal com vacina pneumocócica conjugada (PCV3) em menores de 1 ano	65	74		95	47		79		98

Doenças infecciosas	331	Novas infecções por HIV (por 1.000 habitantes não infectados)	3.5	0.88	0.1		0.69		0.23		0.07
	332	Incidência de TB (por 100.000 habitantes por ano)	368	361	508	118	350	39	45	280	16
	333	Incidência de malária (por 1.000 habitantes em risco)	320.19	88.92	0.00	8.82	251.58	0.00	3.87	240.84	
	334	Prevalência do antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg) em crianças menores de 5 anos (%)	0.59	2.11	0.87	1.31	4.57	0.26	0.07	6.07	0.10
	335	Número relatado de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas (por 100.000 pessoas)	215.17	12.33	13.27	2.01	153.62	1.37	95.61	4.29	0.00
Doenças não-transmissíveis	211	Prevalência de desnutrição (%)	31.20		22.60	11.90	17.30	15.40	2.50		2.50
	341	Probabilidade (%) de morrer dos 30 aos 70 anos de idade de qualquer doença cardiovascular, câncer, diabetes ou doença respiratória crônica	7977	399	245	26	5143	140	70780	358	4395
	342	Taxas brutas de suicídio (por 100.000 habitantes)	13.60	7.00	3.70	1.50	6.10	12.90	6.90	7.90	11.50
	352	Consumo total de álcool per capita (registrado + não registrado) (mais de 15 anos)	2.69	5.54	0.53	5.80	7.83	6.40	7.32	6.92	12.09
	3a1	Prevalência padronizada por idade de tabagismo atual em pessoas com 15 anos ou mais	14.30	9.00	39.20	5.70		11.40	12.80		25.40
Violência e Lesões	361	Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito (por 100.000 habitantes)	0.00	0.48	0.00		7.96	1.67	211.99	0.00	3995.19
	1311	Taxa de mortalidade por desastres naturais (por 100.000 habitantes)	30.00	32.20	11.90	27.90	26.10	26.80	16.00	27.20	8.20
	1611	Taxas estimadas de homicídios por 100.000 habitantes				0.00		6.61	27.77		0.88
	1623	Proporção da população de 18 a 29 anos que sofreu violência sexual aos 18 anos, por sexo (% da população de 18 a 29 anos)	1.9		2.8	3.4	4.6				
Riscos ambientais	391	Taxa de mortalidade atribuível à poluição do ar e doméstica (por 100.000 habitantes)	64	108	77	82	67	69	31	100	28
	392	Taxa de mortalidade atribuída à exposição a serviços de WASH inseguros (por 100.000 habitantes)	27.6	35.3	9.9	11.4	48.8	4.1	1	22.3	0.2
	393	Taxa de mortalidade atribuída a envenenamento não intencional (por 100.000 habitantes)	3.7	2.3	0.4	0.7	2	0.4	0.1	1.6	0.3
	611	População que usa serviços de água potável gerenciados com segurança (%)		24		36			86		95
	621a	População que usa serviços de saneamento gerenciados com segurança (%)		12		35			49		85
	621b	Proporção da população que pratica defecação ao ar livre, por zona urbana/rural (%)	21	10	18	43	18	14	0	3	0
	712	Proporção da população que usa combustíveis e tecnologias limpas	5	5	14	5	50	81	95	24	95
	1162	Matéria particulada fina (PM2.5)	21.22	54.43	16.34	39.00	38.29	62.20	11.62	44.47	7.69

Sistemas de saúde e cobertura	381	Cobertura de serviços essenciais de saúde	47	37	53	60	39	69	75	43	84
	382	Proporção da população com grandes gastos familiares com saúde (maior que 10%) como parcela da renda familiar total (%)	1.61	6.26	2.61	4.83	35.53	2.05	11.81		18.38
	3c1a	Médicos (por 10.000 habitantes)	4.85	7.91	17.48	21.49	4.08	12.98	74.01	3.1	74.1
	3c1b	Pessoal de enfermagem e obstetrícia (por 10.000 habitantes)	0.09	0.03	0.02	0.28	0.54	2.18	6.4	0.07	10.62
	3c1c	Dentistas (por 10.000 habitantes)	0.85	1.96	7.56	4.88	2.14	8.31	23.11	4.02	54.84
	3c1d	Farmacêuticos (por 10.000 habitantes)	0.14	0.07	2.09	1.72	0.75	3.16	6.83	0.08	9.37
	3d1	Capacidade do RSI e preparação para emergências de saúde (média de 13 pontos SPAR)	68.92	53.46	72.77	15.77	75.23	64.54	96.15	26.77	90.77

Fonte: elaboração própria.

A fim de facilitar a identificação das brechas globais nesses indicadores, a figura 1 apresenta a distância de cada país da amostra para países no mesmo nível de renda (segundo a classificação do Banco Mundial) em cada indicador avaliado. Os percentuais se referem à proporção do atual nível do indicador relativamente àquele encontrado para a média dos países na mesma faixa de renda. Dessa forma, tem-se uma métrica clara para comparação internacional já que países em diferentes níveis de desenvolvimento têm capacidade distinta de investimento na melhoria dos DSS. O objetivo da análise é permitir uma visão mais ampla dos principais gargalos de saúde dos países da CPLP para o alcance dos ODS.

Do vermelho ao verde, as cores destacam os temas nos quais os países da amostra estão, respectivamente, piores e melhores que a média dos países comparáveis. Os resultados confirmam a multiplicidade de desafios dos países da CPLP. Há, contudo, alguns padrões claros. De forma geral, o tema de sistemas de saúde e cobertura é aquele em que a maior parte dos países avaliados apresenta brecha negativa, com exceção de Portugal e Brasil. As maiores disparidades, contudo, estão nos indicadores de doenças infecciosas. Confirmando os resultados da tabela 1, Guiné Equatorial e Angola são aqueles com maiores brechas. A título de exemplo, o indicador de incidência de malária no primeiro é mais de 11 vezes superior à média para os países no mesmo grupo de renda (média-alta). Mesmo no caso dos países que se encontram em situação melhor que a esperada na maior parte dos indicadores, como Cabo Verde e Brasil, há indicadores que chegam a níveis até 98% e 517% piores que a média de países do mesmo grupo de renda, como para a poluição do ar em Cabo Verde e as DTN no Brasil respectivamente.

Figura 1. Brechas globais nos indicadores relacionados com a saúde: países da CPLP

Temas	Indicadores	Moçambique	Guiné-Bissau	Timor-Leste	São Tomé e Príncipe	Angola	Cabo Verde	Brasil	Guiné Equatorial	Portugal
Saúde materna e reprodutiva	311 Mortalidade materna	-45%	-23%	20%	31%	-31%	68%	6%	-359%	36%
	312 Partos assistidos	15%	-15%	-32%	16%	-40%	12%	2%	-30%	0%
	371 Planeamento familiar	28%	38%	-23%	-3%	-50%	23%	52%	-65%	
	372 Natalidade adolescente	-64%	19%	32%	-52%	-170%	1%	-26%	-305%	45%
	223 Anemia materna	-1%	-14%	2%	-37%	-31%	5%	32%	-72%	
Saúde infantil e neonatal	221 Desnutrição	-26%	16%	-103%	54%	-48%		46%	-102%	
	222a Deficiência nutricional aguda	-119%	31%	73%	25%	43%		27%	-10%	
	222b Sobre peso	42%	-3%	-50%	38%	26%		50%	14%	
	321 Mortalidade infantil	-3%	-12%	-20%	54%	-103%	60%	19%	-331%	41%
	322 Mortalidade neonatal	-5%	-31%	-15%	54%	-62%	49%	13%	-189%	44%
	3b1a DTP	6%	-1%	4%	16%	-38%	13%	-10%	-38%	5%
	3b1b MCV	3%		9%	8%	-43%	20%	-45%		5%
Doenças infecciosas	3b1c PCV	-16%	-4%		23%	-39%		7%		10%
	331 HIV	-525%	-57%	81%		-31%		56%		11%
	332 Tuberculose	-99%	-95%	-185%	34%	-97%	78%	49%	-216%	-16%
	333 Malária	-61%	55%	100%	84%	-361%	100%	80%	-1161%	
	334 Hepatite B	81%	31%	41%	11%	-211%	82%	90%	-804%	74%
Doenças não-transmissíveis	335 NTDs	-75%	89%	95%	99%	36%	99%	-517%	73%	99%
	211 Prevalência de subnutrição	-19%		-93%	1%	-27%	-33%	65%		14%
	341 Doenças não-transmissíveis	-98%	90%	99%	100%	71%	99%	-433%	97%	14%
	342 Suicídios	-91%	1%	64%	85%	37%	-37%	33%	7%	-9%
	352 Uso de álcool	31%	-49%	86%	-66%	-111%	-62%	-33%	-40%	-36%
	3a1 Uso do tabaco	-18%	26%	-79%	74%		48%	42%		-17%
Violência e Lesões	361 Desastres naturais	67%	98%	94%		100%	100%	96%	99%	-441%
	1311 Lesões de trânsito	-4%	-10%	34%	-45%	-31%	-37%	-6%	-47%	-8%
	1611 Homicídios				100%		36%	154%		71%
Riscos ambientais	391 Poluição do ar	38%	-5%	10%	4%	22%	19%	52%	-56%	25%
	392 Serviços WASH inseguros	41%	25%	31%	21%	-239%	72%	64%	-709%	-13%
	393 Envenenamento não intencional	-45%	14%	73%	52%	-51%	73%	81%	-123%	38%
	611 Serviços de água potável		24%		-30%			16%		-3%
	621a Serviços de saneamento		-39%		-32%			14%		-1%
	621b Defecação a céu aberto	12%	58%	-81%	-332%	-81%	-41%	100%	-27%	
	712 Energia doméstica limpa	-45%	-45%	-73%	-90%	-3%	58%	15%	-71%	
	1162 Poluição do ar	50%	-28%	54%	-12%	-12%	-98%	48%	-96%	56%
Sistemas de saúde e cobertura	1a2 Investimentos em saúde	30%	44%	73%	-14%	-49%	6%	45%	-47%	17%
	381 Cobertura saúde	12%	-7%	-9%	7%	-31%	22%	11%	-38%	6%
	382 Gastos empobrecedores	78%	14%	76%	55%	-233%	81%	-43%		-130%
	3c1a Médicos	-38%	0%	-26%	-11%	-83%	-51%	122%	-90%	-22%
	3c1b Enfermeiras	-35%	-78%	-99%	-83%	-67%	-24%	168%		35%
	3c1c Dentistas	-40%	39%	-27%	-61%	-79%	-23%	24%	-78%	46%
	3c1d Farmacêuticos	-65%	-82%	0%	-17%	-64%	-22%	89%	-98%	7%
Sistemas de saúde e cobertura	3d1 Capacidade RSI	31%	-4%	-2%	-77%	8%	-9%	33%	-63%	8%

Notas: a ausência de dados se refere tanto à falta de uma referência para cálculo da distância quanto à falta de informação para o país.

Fonte: elaboração própria.

2.4 Oportunidades de cooperação

Os documentos fundamentais que estabelecem os princípios da CPLP têm como amplo objetivo a cooperação em diversas esferas, incluindo educação, saúde, agricultura, ciência e tecnologia, justiça, segurança e administração pública²⁵. Evidências demonstram que a cooperação em saúde entre os países da CPLP proporciona aprendizados mútuos tanto para os países mais desenvolvidos quanto para os menos desenvolvidos nas áreas de interesse²⁶. Além disso, essa cooperação tem se mostrado efetiva como uma plataforma para o desenvolvimento de capacidades dos países e para

impulsionar agendas específicas quando há uma dedicação adequada de recursos para coordenar os esforços²⁵.

A chamada para a cooperação internacional é expressa como um dos principais objetivos da Agenda 2030, por meio do ODS 17, que é um objetivo-meio instituído para guiar a implementação dos demais ODS. O enfoque central do ODS 17 é na Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I). No entanto, a falta de uma metodologia oficial também para os meios de implementação requer a identificação de quais recursos e estratégias desenvolvidas pela CT&I seriam os melhores catalisadores para alcançar as metas específicas dos ODS em cada contexto local²⁷. Os ODS possuem o potencial de facilitar o desenho e a implementação de planos de cooperação em saúde devido à sua proposta integrativa que requer a identificação prévia dos indicadores relacionados com a saúde e com a sua capacidade de ser um instrumento de monitoramento e avaliação da efetividade dessas cooperações.

Inicialmente, é importante reconhecer as diferenças significativas entre os países da CPLP em termos econômicos, o que exige considerar como essas diferenças podem se traduzir em desigualdades e disponibilidades de financiamento distintas, afetando, assim, os planos de cooperação. Além disso, é necessário identificar quando tais diferenças são benéficas para o fortalecimento das cooperações entre as partes. É evidente que a pandemia da covid-19 pode ter impactos negativos na taxa de crescimento e no PIB per capita desses países em 2030, o que demandará maiores investimentos para mitigar esses efeitos³.

Em relação às desigualdades em saúde decorrentes dos determinantes sociais, o indicador multidimensional do índice de Gini pode ser considerado um bom termômetro para mensurar o tamanho das lacunas a serem preenchidas na busca pela igualdade em saúde. Timor-Leste, Portugal e Guiné-Bissau apresentam os menores índices, indicando menor desigualdade de renda. No entanto, é relevante notar que Portugal possui um PIB per capita dez vezes maior que os outros dois países e investe mais de 10% de seu PIB em saúde, o que lhe confere uma posição estratégica de coordenação devido ao acúmulo de experiências em gestão da saúde e à possibilidade de colaboração financeira em iniciativas de cooperação. O Brasil, com uma projeção favorável do PIB per capita e alocação de recursos em saúde semelhante à de Portugal, também se apresenta como um ator-chave para coordenar esforços cooperativos. De fato, o protagonismo de Portugal e do Brasil como os principais articuladores e financiadores de cooperação é uma tendência histórica observada na articulação política da CPLP, sendo considerados muitas vezes decisivos para o sucesso de iniciativas de cooperação anteriores²⁵.

Os resultados apresentados na seção anterior também abrem caminhos para o

estabelecimento de estratégias de cooperação baseadas no compartilhamento de experiências bem-sucedidas no controle, no tratamento de doenças e na promoção da saúde pelos países da CPLP. Além de observar apenas os resultados em termos absolutos, que são claramente melhores nos países com maiores investimentos em saúde, é relevante conhecer as estratégias utilizadas por países com menor capacidade fiscal, mas que ainda assim apresentam indicadores melhores do que países de renda mais elevada, como Cabo Verde, mas também Guiné-Bissau. Contudo, ressalta-se que é fundamental avaliar a dinâmica recente dos indicadores nos países examinados, o que não foi considerado na análise anterior. De fato, estimativas da Carga Global de Doenças para a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis mostram tendências preocupantes em Cabo Verde enquanto Guiné Equatorial e Angola apresentam perspectivas de melhora²⁸.

A cooperação entre os países possibilita oportunidades para compartilhar melhores práticas e lições aprendidas entre os membros da CPLP. Algumas das áreas prioritárias de cooperação em saúde para alcançar as metas relacionadas são políticas de combate à pobreza e de proteção social, pesquisa e desenvolvimento em saúde, formação de profissionais de saúde, aquisição conjunta de medicamentos e equipamentos médicos para obter economias de escala. Observa-se, mais uma vez, que superar as desigualdades na saúde para a Agenda 2030 requer políticas e intervenções integradas e abrangentes, envolvendo múltiplos setores e partes interessadas.

Uma esfera de cooperação também importante para os DSS, considerada bem-sucedida no contexto institucional da CPLP, é a cooperação para sustentabilidade alimentar. A promoção de sistemas alimentares sustentáveis pela organização tem sido vista como um exemplo de uma abordagem metodológica integrada, com a participação de diferentes partes interessadas, incluindo atores da sociedade civil e especialistas, para apoiar políticas públicas coordenadas e uma transição para sistemas alimentares e dietas mais sustentáveis²⁹.

No entanto, é importante ressaltar que a cooperação na CPLP tem sido alvo de críticas da academia devido ao fato de que, na prática, ela muitas vezes se limita a iniciativas isoladas e de alcance restrito²⁵. Há uma série de desafios que precisam ser superados, como a implementação de marcos legais e de mecanismos institucionais para mitigar atrasos devido a mudanças administrativas ou alternâncias de poder, sustentabilidade financeira para garantir o sucesso dos projetos de cooperação do início ao fim, e garantir capacidade técnica de monitoramento e avaliação dos resultados em todos os países envolvidos²⁶. Há ainda a necessidade de a cooperação da CPLP investir também em mecanismos de resposta a crises humanitárias e aos agravos à saúde por ocorrências climáticas²⁶.

3. Conclusão

Os DSS ocupam uma posição central na Agenda 2030. O princípio claro de “não deixar ninguém para trás” destaca a necessidade de políticas inclusivas capazes de lidar com as diversas demandas da população e atender às necessidades de grupos marginalizados e discriminados.

Ressalta-se a importância de integrar um entendimento amplo e funcional dos determinantes de saúde durante a implementação da Agenda 2030, visto que cabe aos atores locais localizarem suas metas e indicadores aos contextos específicos em que se encontram. A identificação, o monitoramento e o planejamento para atingir esses determinantes, que abrangem aspectos socioeconômicos, comportamentais, ambientais, entre outros, são cruciais para melhorar a saúde das populações. Apenas abordando esses determinantes de maneira sistemática e estruturada, será possível realizar progressos significativos em direção às metas acordadas nos ODS.

Essa integração requer uma abordagem descentralizada do poder governamental, na qual os municípios e as instituições locais devem ser proativos ao expressar suas necessidades específicas para a implementação da Agenda nos governos hierarquicamente superiores. O guia oficial de localização dos ODS enfatiza a importância de resistir à abordagem *top-down*, comumente adotada quando os governos centrais impõem unilateralmente prioridades e obrigações aos níveis inferiores. Isso significa que os governos locais e regionais devem garantir um processo *bottom-up*, que leve em consideração as especificidades locais dentro das estratégias nacionais e das estruturas institucionais. Para implementar efetivamente a Agenda 2030, é essencial localizar os ODS dentro dos contextos locais e desenvolver indicadores próprios que se alinhem às características e aos desafios únicos dos grupos populacionais específicos²⁰.

A pandemia da covid-19, aliada a outras crises, exacerbou as desigualdades existentes e trouxe novos desafios para a saúde e para o bem-estar das populações em todo o mundo. Essa situação alarmante aumentou a urgência de ações e políticas orientadas para os determinantes de saúde. Essas ações devem ser projetadas não apenas para mitigar as desigualdades, mas também para fortalecer a resiliência das comunidades diante de futuras adversidades.

Os desafios associados à implementação da Agenda 2030 e à abordagem dos determinantes de saúde são imensos, e tornaram-se ainda mais complexos devido às crises globais atuais. No entanto, o compromisso com a Agenda 2030 nos fornece uma estrutura estratégica para enfrentar esses determinantes de saúde. A implementação bem-sucedida dessa agenda demanda, então, uma colaboração multissetorial e políticas públicas inclusivas e sensíveis às necessidades locais e aos determinantes contex-

tuais de saúde. Somente por meio desse esforço conjunto e coordenado, poderemos avançar em direção a um mundo mais saudável, justo e sustentável para todos.

Referências

1. Marmot M. Health equity in England: the Marmot review 10 years on. *BMJ*. 2020;368:m693. doi: 10.1136/bmj.m693
2. Organização Mundial da Saúde. Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde. Conferência mundial sobre os determinantes sociais da saúde [Internet]. Rio de Janeiro: OMS; 2011 [cited 2023 Dec 20]. Available from: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf
3. United Nations Development Programme. Human Development Report 2021-22: uncertain times, unsettled lives: shaping our future in a transforming world [Internet]. New York; 2022 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2021-22>
4. Organisation for Economic Cooperation and Development. A Broken Social Elevator? how to promote social mobility [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2018 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://www.oecd.org/social/soc/Social-mobility-2018-Overview-MainFindings.pdf>
5. United Nations Development Programme. Human Development Report 2019. Beyond income, beyond averages, beyond today: Inequalities in human development in the 21st century [Internet]. New York: UNDP; 2019 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/hdr2019.pdf>
6. United Nations. United Nations Conference on Sustainable Development, Rio+20 [Internet]. UN; 2020 [cited 2020 Aug 7]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/rio20>
7. Jannuzzi PM, De Carlo S. Da agenda de desenvolvimento do milênio ao desenvolvimento sustentável: oportunidades e desafios para planejamento e políticas públicas no século XXI. *Bahia Anál Dados*. 2018;2(2):6-27.
8. Chasek PS, Lynn MW, Faye Leone AL, Nathalie R. Getting to 2030: Negotiating the Post-2015 Sustainable Development Agenda. *Rev Eur Comp Int Environ Law*. 2011;25(1):5-14. doi: 10.1111/reel.12149
9. United Nations. Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development. *SDG Indicators* [Internet]. New York: Uni-

- ted Nations Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division; 2020 [cited 2020 Dec 20]. Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/>
10. United Nations. Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. New York: Department of Economic and Social Affairs; 2015 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://sdgs.un.org/2030agenda>
11. United Nations. Sustainable Development Goals: Sustainable Development Knowledge Platform [Internet]. UN; 2019 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/index.html>
12. United Nations. IAEG-SDGs: Inter-agency and Expert Group on SDG Indicators [Internet]. New York: UN; 2019 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/>
13. United Nations. SDG Indicators: Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. New York: UN; 2019 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/>
14. Pintér L, Kok M, Almassy D. Measuring progress in achieving the Sustainable Development Goals. In: Kanie N, Biermann F. Governing through goals: sustainable development goals as governance innovation. Cambridge: MIT Press; 2017. p. 99-132.
15. Acharya S, Lin V, Dhingra N. The role of health in achieving the sustainable development goals. *Bull World Health Organ*. 2018;96(9):591-1A. doi: 10.2471/BLT.18.221432
16. Matida Á. Por uma agenda global pós-Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(6):1939-46. doi: 10.1590/1413-81232015216.08092016
17. Nunes AR, Lee K, O'Riordan T. The importance of an integrating framework for achieving the Sustainable Development Goals: The example of health and well-being. *BMJ Glob Health*. 2016;1(3):e000068. doi: 10.1136/bmjgh-2016-000068
18. Mahajan M. The IHME in the shifting landscape of global health metrics. *Glob Policy*. 2019;10(supl. 1):110-20. doi: 10.1111/1758-5899.12605
19. Kronemberger D. Os desafios da construção dos indicadores ODS globais. *Ciênc Cult*. 2019;71(1):40-5. doi: 10.21800/2317-66602019000100012
20. United Nations Development Programme. Roadmap for localizing the SDGs: implementation and monitoring at subnational level. New York: UNDP; 2016.
21. Martins ALJ, Silveira F, Souza AA, Paes-Sousa R. Potencialidades e desafios do monitoramento da saúde na Agenda 2030 no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2022;27(7):2519-29. doi: 10.1590/1413-81232022277.18572021

22. Bennett S, Glandon D, Rasanathan K. Governing multisectoral action for health in low-income and middle-income countries: unpacking the problem and rising to the challenge. *BMJ Glob Health*. 2018;3(Suppl 4):e000880. doi: 10.1136/bmjgh-2018-000880
23. Silveira F, Martins AL, Gadelha P, Paes-Sousa R. Quantifying convergence on health-related indicators of the 2030 agenda for sustainable development. *Bull World Health Organ*. 2021;99(3):228-35. doi: 10.2471/BLT.19.245811
24. Gallo E, Setti AFF. Território, intersectorialidade e escalas: Requisitos para a efetividade dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;19(11):43-83-96. doi: 10.1590/1413-812320141911.08752014
25. Hewitt WE, Burges S, Gomes I. The Comunidade dos Países de Língua Portuguesa at 20 years: Um impact assessment. *S Afr J Int Aff*. 2017;24(3):291-309. doi: 10.1080/10220461.2017.1381040
26. Campos RA, Pimentel M, Dias ER, Raimunda C, Campos A. Perspectivas da cooperação em saúde no espaço lusófono: análise da atuação do Brasil nas relações de cooperação com países de Língua Portuguesa. *R Dir Sanit*. 2021;21:e0015-e0015. doi: 10.11606/ISSN.2316-9044.RDI-SAN.2021.163952
27. Walsh P, Murphy E, Horan D. The role of science, technology and innovation in the UN 2030 Agenda. *Technol Forecast Soc Change*. 2020;154:119957. doi: 10.1016/j.techfore.2020.119957
28. Malta DC, Gomes CS, Veloso GA, Souza JB, Oliveira PPV, Ferreira AVL, et al. Carga das Doenças Crônicas Não Transmissíveis nos Países de Língua Portuguesa. *Ciênc Saúde Colet*. 2023;28(5):1549-62. doi: 10.1590/1413-81232023285.11622022
29. Pedro S. Multi-Stakeholder and Multilevel Food Governance: The Case of the Community of Portuguese-Speaking Countries. In: Obayelu AE, Obayelu OA, editors. *Developing sustainable food systems, policies, and securities*. Pennsylvania: IGI Global; 2020. p. 60-72. doi: 10.4018/978-1-7998-2599-9.ch004

Sobre os autores

Ana Luisa Jorge Martins. Mestra. Fiocruz Minas*. <https://orcid.org/0000-0001-5634-9023>. <http://lattes.cnpq.br/2537629617998512>. ana.martins@fiocruz.br

Wanessa Debôrtoli Miranda. Doutora. UFMG** e Fiocruz Minas*. <https://orcid.org/0000-0002-0838-9861>. <http://lattes.cnpq.br/5705357044153951>

Fabricio Silveira. Doutor. Fiocruz Minas*. <https://orcid.org/0000-0003-1240-3942>. <http://lattes.cnpq.br/1230098528682064>

Rômulo Paes-Sousa. Doutor. Fiocruz Minas*. <https://orcid.org/0000-0002-3384-6657>. <http://lattes.cnpq.br/5006513659961268>

* **Fiocruz Minas** – Av. Augusto de Lima, 1520, 1º andar, sala 105, Barro Preto, Belo Horizonte (MG) – CEP: 30190-003. Telefone: (31) 3349-7700

** **Universidade Federal de Minas Gerais** – Escola de Enfermagem, Depto. de Gestão em Saúde. Av. Alfredo Balena, Escola de Enfermagem, 190, Santa Efigênia, CEP: 30130-100, Belo Horizonte (MG) – Sala 201. Telefone: (31) 3409-9833

FATORES ASSOCIADOS ÀS HEMOGLOBINOPATIAS NA POPULAÇÃO ADULTA BRASILEIRA: ANÁLISE DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE

*Facteurs associés aux hémoglobinopathies dans la population adulte
brésilienne: analyse de Enquête nationale sur la santé*

*Factors associated with hemoglobinopathies in the Brazilian adult
population: analysis of National Health Survey*

Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá

Luis Henrique Prado Carneiro

Francielle Thalita Almeida Alves

Alanna Gomes da Silva

Deborah Carvalho Malta

Resumo

Objetivo: analisar os fatores associados às hemoglobinopatias na população adulta brasileira. **Métodos:** estudo transversal com exames da Pesquisa Nacional de Saúde, em 8.715 adultos, entre 2014 e 2015. Foram estimados as prevalências e os intervalos de confiança de 95% (IC 95%) de hemoglobinopatias segundo variáveis sociodemográficas, estilos de vida e condições de saúde, e as diferenças foram analisadas pelo teste qui-quadrado de Pearson. Foram empregados modelos de regressão logística para calcular as *Odds Ratio* (OR) ajustadas por sexo e idade e IC 95%. **Resultados:** as hemoglobinopatias afetaram 1 a cada 27 adultos brasileiros (prevalência = 3,66%). Houve maior chance de hemoglobinopatias nos adultos da raça/cor da pele parda (OR: 2,56; IC 95% 1,74-3,75) ou preta (OR: 2,98; IC 95% 1,83-4,85). Possuir maior escolaridade, como ensino médio completo ou mais (OR: 0,62; IC 95% 0,44-0,89) e residir na Região Sul (OR: 0,49; IC 95% 0,25-0,97) associaram-se às menores chances. **Conclusão:** as hemoglobinopatias em adultos brasileiros associaram-se às condições sociodemográficas. Os resultados evidenciam a importância do aconselhamento genético e de pesquisas que apoiem o manejo apropriado dessas condições com consideração aos efeitos da miscigenação da população brasileira.

Palavras-chave: Hemoglobinopatias; Inquéritos Epidemiológicos; Fatores de Risco; Brasil.

Résumé

Objectif: analyser les facteurs associés aux hémoglobinopathies chez les adultes brésiliens. **Méthodes:** Étude transversale utilisant l'Enquête Nationale de Santé, portant sur 8 715 adultes, entre 2014-2015. La prévalence et l'intervalle de confiance (IC) à 95 % des hémoglobinopathies ont été estimés en fonction de variables sociodémographiques, de modes de vie et d'état de santé. Les différences ont été analysées à l'aide du test χ^2 de Pearson. Les modèles de régression logistique ont généré des rapports de cotes (OR) ajustés et un IC à 95 %. **Résultats:** Les hémoglobinopathies touchaient 1 adulte brésilien sur 27 (prévalence 3,66%). Il y avait plus de risques d'hémoglobinopathies: race/couleur brune (OR 2,56; IC 1,74-3,75) ou noir (OR 2,98; IC 1,83-4,85) et des chances plus faibles d'avoir terminé leurs études secondaires ou supérieures (OR 0,62; IC 0,44-0,89) et vivant dans la région Sud (OR 0,49; IC 0,25-0,97). **Conclusion:** Les hémoglobinopathies chez les adultes brésiliens étaient associées à des conditions sociodémographiques. L'importance du conseil génétique et de la recherche pour la gestion appropriée de ces conditions est soulignée, en tenant compte du métissage de la population brésilienne.

Mots-clés: Hémoglobinopathies; Enquêtes sur la santé; Facteurs de risque; Brésil.

Abstract

Objective: to analyze the factors associated with hemoglobinopathies in the Brazilian adult population. **Methods:** Cross-sectional study with exams from the National Health Survey, in 8,715 adults, between 2014 and 2015. The prevalence and 95% confidence intervals (95%CI) of hemoglobinopathies were estimated according to sociodemographic variables, lifestyles and health conditions and the differences were analyzed using Pearson's chi-square test. Logistic regression models were used to calculate Odds Ratio (OR) adjusted for sex and age and 95%CI. **Results:** Hemoglobinopathies affected 1 in every 27 Brazilian adults (prevalence = 3.66%). In adults of brown (OR: 2.56; 95% CI 1.74-3.75) or black (OR: 2.98; 95% CI 1.83-4.85) race/skin color there was a greater chance of hemoglobinopathies. Adults with higher education, such as completing high school or more (OR: 0.62; 95% CI 0.44-0.89) and living in the South Region (OR: 0.49; 95% CI 0.25-0.97) had lower chances of hemoglobinopathies. **Conclusion:** Hemoglobinopathies in Brazilian adults were associated with sociodemographic conditions. The results highlight the importance of genetic counseling and research that supports the appropriate management of these conditions, taking into account the effects of miscegenation in the Brazilian population.

Keywords: Hemoglobinopathies; Health Surveys; Risk Factors; Brazil.

1. Introdução

A hemoglobina, encontrada nos eritrócitos, é uma proteína tetramérica com quatro grupos prostéticos heme, que pode chegar a um diâmetro de 5,5 nm. Essa proteína no adulto possui duas cadeias alfa e duas beta, com, respectivamente, 141 e 146 resíduos de aminoácidos¹, e sua função é ligar-se ao oxigênio inspirado nos pulmões e conduzi-lo no sangue para os tecidos. Sendo assim, uma alteração genética significativa nessa proteína pode resultar em efeitos fisiológicos clínicos relevantes para a saúde². Mutações podem levar a alterações funcionais relacionadas com a elasticidade eritrocitária e a afinidade com o oxigênio, que são denominadas de hemoglobinopatias³.

As hemoglobinopatias caracterizam-se como alterações que afetam a estrutura e/ou a função das hemoglobinas. Dentre os distúrbios que acometem a hemoglobina, destacam-se a doença falciforme (DF), o traço falciforme (HbAS), as talassemias, a hemoglobina C (HbC) e a hemoglobina D (HbD)³. Alterações da hemoglobina surgem de diversas maneiras, sendo a mais comum aquela que promove mutação de um único

nucleotídeo no DNA da célula². Além disso, podem ocorrer pequenas depleções ou inserções de aminoácidos, alongamento de cadeias dos aminoácidos e fusões como meios de alteração da proteína².

As primeiras alterações genéticas nas moléculas de hemoglobina ocorreram no continente africano e, devido ao processo de globalização, espalharam-se mundialmente. Esse processo favoreceu a troca genética entre os diversos grupos étnicos e, consequentemente, contribuiu para a variabilidade das hemoglobinopatias. Mais de 5% da população mundial possui uma variante importante da hemoglobina, sendo a Hemoglobina S (HbS) responsável por aproximadamente 40% dos casos, e a talassemia A +, por afetar pelo menos 20% da população global⁴. Mesmo com modalidades de cuidado e tratamento, a mortalidade por hemoglobinopatias atinge 3,4% das crianças menores de 5 anos de idade em todo o mundo⁴.

Entre as hemoglobinopatias, a DF encontra-se como uma das patologias genéticas de grande relevância epidemiológica no Brasil e em outras nações⁵, o que a torna um problema de saúde pública⁶. Globalmente, em 2010, a DF afetou 305.800 recém-nascidos, e espera-se o aumento para 404.200 em 2050⁷. No Brasil, a prevalência de DF varia de 1,1% a 9,8% e de 0,8 a 60 por 100 mil NV em diferentes regiões do País⁵. O HbAS também possui ampla distribuição mundial, com maior frequência em pessoas com ascendência africana^{5,8}. No mundo, existem aproximadamente 300 milhões de pessoas com HbAS⁶, cuja prevalência é mais elevada na África Equatorial, na Arábia, na Índia, em Israel, na Turquia, na Grécia e na Itália, podendo chegar em 50% em regiões desses países⁹. Por sua vez, no Brasil, a prevalência do HbAS varia de 2% a 8%^{9,10}.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)¹¹, entre 2014 e 2015, coletou, pela primeira vez, amostras biológicas para realização de exames e possibilitou identificar hemoglobinopatias na população adulta brasileira¹². Os dados laboratoriais da PNS revelaram que 3,66% dos adultos brasileiros eram portadores de hemoglobinopatias e que, destes: 2,49% possuíam HbAS; 1,1%, talassemia ou suspeita de talassemia; 0,03%, a persistência da hemoglobina fetal (HbF); e 0,04%, da HbC³. Ademais, o estudo da prevalência dessas condições mostrou que as hemoglobinopatias prevaleciam, majoritariamente, na população da raça/cor preta no Brasil³.

Apesar dos dados sobre a prevalência das hemoglobinopatias existirem na literatura, ainda há lacunas em relação aos fatores associados nos adultos brasileiros. Outrossim, evidências mostram que, além dos aspectos genéticos e crônicos da DF, os fatores socioeconômicos, raciais e culturais podem influenciar essa condição¹³. Desse modo, torna-se importante explorar os fatores determinantes e condicionantes para outras hemoglobinopatias. Nessa perspectiva, é fundamental conhecer os fatores que se

associam a essas condições, uma vez que os achados podem contribuir para subsidiar o manejo das hemoglobinopatias no Brasil e, a partir disso, apoiar a formulação e o direcionamento de políticas públicas para prevenção, promoção de saúde, aconselhamento genético e cuidado das pessoas com hemoglobinopatias e seus familiares.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi analisar os fatores associados às hemoglobinopatias na população adulta brasileira.

2. Desenvolvimento

2.1 Métodos

Trata-se de estudo transversal que utilizou a base de dados dos exames laboratoriais da PNS, coletados entre os anos de 2014 e 2015.

A PNS é uma pesquisa nacional e de base domiciliar executada pelo IBGE, em parceria com Ministério da Saúde. A PNS edição de 2013 utilizou amostra probabilística por conglomerados em três estágios, com estratificação das Unidades Primárias de Amostragem (UPAs). No primeiro estágio, foi realizada a seleção das UPAs (setores censitários ou conjunto de setores); no segundo estágio, foram selecionados entre 10 e 14 domicílios em cada UPA; e no terceiro estágio, foi selecionado um morador adulto com idade a partir de 18 anos¹¹. Dessa forma, foram obtidos registros de 64.348 domicílios e entrevistados 60.202 adultos¹⁴.

A coleta de exames laboratoriais foi considerada como uma segunda etapa da PNS realizada entre 2014 e 2015, planejada em subamostra de 25% dos setores censitários pesquisados e realizada no terceiro estágio de seleção da pesquisa¹². Supondo-se uma taxa de não resposta de 20%, o número esperado de indivíduos com dados laboratoriais seria de aproximadamente 12 mil, contudo, a perda foi maior do que a esperada, sendo os exames laboratoriais coletados em 8.952 adultos¹².

Além de a taxa de não resposta pelo participante ser maior do que a esperada, a distribuição das perdas não foi uniforme, e alguns estratos não tiveram representação amostral, restringindo a ponderação dos dados pelos fatores naturais de expansão. Assim, devido ao desenho complexo de amostragem da PNS e às probabilidades desiguais de seleção, foram utilizados pesos amostrais¹¹. As variáveis utilizadas na construção dos pesos de pós-estratificação foram escolhidas para compensar as perdas nesses estratos e ajustar pelos totais amostrais estimados com os dados da primeira etapa da PNS¹². Dessa maneira, para o uso da base de dados do laboratório da PNS, as ponderações foram calculadas por procedimentos de pós-estratificação por sexo, faixa de idade, raça/cor e grau de escolaridade segundo grande região, a partir da amostra total da PNS¹².

As coletas de exames laboratoriais foram realizadas a qualquer hora do dia, sem jejum, sendo utilizados tubos com Ácido Etilenodiamino Tetra-Acético (EDTA) para coleta dos exames de Hemograma e Eletroforese de Hemoglobina. As amostras foram analisadas por meio do analisador automático de células¹². A pesquisa de hemoglobinopatias foi feita pelo método HPLC, e os resultados dos exames individuais foram interpretados fornecendo os parâmetros normais, homozigotos ou heterozigotos para HbS, HbC e HbD, além de outras eventuais hemoglobinopatias³. As amostras foram encaminhadas sob refrigeração de 2 °C a 8 °C, com controle da temperatura nas diversas etapas¹². Maiores detalhes sobre os procedimentos de coleta dos exames laboratoriais estão disponíveis no *Manual de Procedimentos de Coleta e Envio de Amostras* da PNS¹⁵.

Foram coletados 8.952 exames, e, para esta análise, totalizaram-se 8.715 exames dos indivíduos selecionados. Foram excluídos 237 resultados de exames em virtude de material insuficiente, hemólise e perda da amostra³. Este estudo incluiu variáveis referentes às hemoglobinopatias (identificada pelos exames laboratoriais), sociodemográficas, estilos de vida e condições de saúde.

A variável desfecho foi ter ou não hemoglobinopatia, avaliada por meio da presença do HbAS, persistência da HbF, do HbAS com HbC, talassemia menor e suspeita de talassemia maior e menor ou ser portador de HbC.

As variáveis explicativas foram:

- a) Características sociodemográficas: sexo (masculino e feminino); idade (adultos com idade maior ou igual a 18 anos); escolaridade (analfabeto e ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo e médio incompleto, ensino médio completo e mais); raça/cor da pele (branca; parda; preta; e outras, que corresponderam a amarela e indígena) e regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste);
- b) Estilos de vida: Atividade Física (AF) no tempo livre (suficiente ou insuficiente), foi considerado como suficiente ativos a prática de 150 minutos semanais de AF de intensidade leve ou moderada, ou pelo menos 75 minutos semanais de intensidade vigorosa, independentemente do número de dias de prática por semana¹⁶; Consumo abusivo de álcool (sim ou não), para essa variável, adotou-se o conceito de “binge drink”¹⁷ (consumo mínimo de 4 doses para mulher e 5 doses para homem em uma única ocasião); e tabagismo (sim ou não), foram considerados como fumantes adultos que responderam afirmativamente para uso de produtos de tabaco.
- c) Condições de saúde: Estado nutricional, categorizado conforme o Índice de Massa Corporal (IMC), calculado a partir de medidas de peso e altura aferidos na PNS. O IMC foi classificado como normal/baixo peso ($IMC < 25 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso (IMC

entre 25 kg/m² e 29 kg/m²) e obesidade (IMC $\geq$ 30kg/m²)¹⁸; Hipertensão arterial (sim ou não), definida pelo diagnóstico autorreferido e medidas de pressão arterial aferidas na PNS, considerando-se valores $\geq$ 140/90 mmHg¹⁹; Diabetes (sim ou não), definida por valor de hemoglobina glicada $\geq$ 6,5%^{20,21} dosada nos exames na PNS e diagnóstico autorreferido da doença; Doença renal crônica (sim ou não), definida pela Taxa de Filtração Glomerular (TFG) abaixo de 60 mL/min/1,73m² no exame de sangue, calculada pela equação Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI), sem empregar a correção por raça²²; Dislipidemias, definida por colesterol total acima de 190 mg/dL, níveis de colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL-Colesterol) $\geq$ 130 mg/dL ou níveis de colesterol de lipoproteínas de alta densidade (HDL-Colesterol) $\geq$ 40 mg/dL²³. Autoavaliação do estado de saúde (bom/muito bom; regular; ruim/muito ruim).

Inicialmente, para fins descritivos, foram estimados as prevalências e os intervalos de confiança (IC 95%) de hemoglobinopatias segundo variáveis sociodemográficas, estilos de vida e condições de saúde. Para estimar as diferenças entre os estratos, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson.

Para a verificação dos fatores associados em relação ao desfecho, foi utilizada como medida de associação a razão de chances (*Odds Ratio* – OR), obtida por meio de modelo de regressão logística. Foram realizadas as análises univariadas entre a variável desfecho e cada variável explicativa, e estimadas as OR brutas (ORb) e IC 95%. Após isso, procedeu-se à análise ajustada por sexo e idade, e calculadas as OR ajustadas (Ora) e IC 95%. Foram considerados como fatores associados às hemoglobinopatias: as variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,05$ nas análises ajustadas.

As análises dos dados foram realizadas no *software* Data Analysis and Statistical Software (Stata), versão 14, utilizando-se o conjunto de comandos para análise de dados de inquéritos com amostra complexa (survey), que considera os pesos de pós-estratificação.

A base de dados do laboratório e os questionários da PNS estão disponíveis no site do PNS da Fundação Oswaldo Cruz (www.pns.fiocruz.br). A PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde, sob o nº 328.159, de 26 de junho de 2013. A participação do adulto na pesquisa foi voluntária; e a confidencialidade das informações, garantida. Os participantes selecionados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para todos os procedimentos da pesquisa e tiveram orientações sobre o recebimento do laudo contendo os resultados dos exames¹⁴. Os dados que foram utilizados são provenientes de domínio público e não permitem a identificação dos indivíduos.

2.2 Resultados

Dos 8.715 adultos brasileiros selecionados para participar do estudo, 327 apresentaram hemoglobinopatias, cuja prevalência foi de 3,66% (IC 95%: 3,17-4,23). Verificaram-se maiores prevalências de hemoglobinopatias na raça/cor da pele parda (5,85%; IC 95%: 4,18-8,13) e preta (5,06%; IC 95%: 4,24-6,03) e nas Regiões Nordeste (4,60%; IC 95%: 3,87-5,47) e Norte (3,79%; IC 95%: 3,06-4,68) ($p \leq 0,05$) (tabela 1).

Tabela 1. Prevalência de hemoglobinopatias e IC 95% em adultos ≥ 18 anos, segundo características sociodemográficas, estilos de vida e condições de saúde, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2014-2015

Variáveis	Hemoglobinopatias			
	n*	%	IC 95%	Valor-p
Total	8.715	3,66	3,17-4,23	
Características Sociodemográficas				
Sexo	8.715			
Masculino		3,63	2,91-4,52	0,9168
Feminino		3,69	3,05-4,45	
Faixa etária	8.715			
18 a 29 anos		4,24	3,01-5,94	0,7248
30 a 44 anos		3,41	2,58-4,48	
45 a 59 anos		3,68	2,85-4,75	
60 anos ou mais		3,49	2,65-4,58	
Escolaridade	8.715			
Analfabeto/Fundamental incompleto		4,32	3,55-5,26	0,0723
Fundamental completo/Médio incompleto		4,01	2,76-5,79	
Médio Completo e mais		2,98	2,33-3,82	
Raça/cor da pele	8.713			
Branca		2,05	1,48-2,83	< 0,001
Parda		5,85	4,18-8,13	
Preta		5,06	4,24-6,03	
Outras		1,68	0,49-5,57	
Região	8.715			
Norte		3,79	3,06-4,68	0,0231
Nordeste		4,60	3,87-5,47	
Sudeste		3,72	2,85-4,84	
Sul		1,88	1,01-3,48	
Centro-Oeste		3,48	2,37-5,07	

Estilos de Vida				
Atividade Física	8.704			
Insuficiente		3,77	3,21-4,43	0,4549
Suficiente		3,29	2,38-4,53	
Consumo de álcool abusivo	8.715			
Não		3,83	3,28-4,46	0,0957
Sim		2,67	1,791-3,97	
Tabagismo	8.708			
Não		3,67	3,13-4,29	0,9883
Sim		3,66	2,61-5,11	
Condições de Saúde				
Estado nutricional	8.621			
Baixo/Normal		3,95	3,15-4,94	0,6062
Sobrepeso		3,36	2,67-4,23	
Obesidade		3,54	2,584,89	
Hipertensão Arterial	8.334			
Não		3,74	3,15-4,43	0,6633
Sim		3,47	2,58-4,64	
Diabetes	8.439			
Não		3,66	3,14-4,28	0,5886
Sim		3,25	2,16-4,87	
Doença Renal Crônica	8.715			
Não		3,68	3,17-4,27	0,7875
Sim		3,42	2,08-5,59	
Doença Cardiovascular	8.708			
Não		3,62	3,12-4,20	0,4521
Sim		4,62	2,48-8,47	
Colesterol Total ≥ 190 (mg/dL)	8.388			
Não		3,88	3,20-4,69	0,305
Sim		3,32	2,65-4,16	
LDL-Colesterol ≥ 130 (mg/dL)	8.388			
Não		3,76	3,21-4,40	0,3711
Sim		3,13	2,15-4,53	
HDL-Colesterol < 40 (mg/dL)	8.715			
Não		3,88	3,26-4,62	0,2471
Sim		3,24	2,51-4,17	

Autoavaliação de saúde	8.708			
Boa/Muito boa		3,47	2,85-4,22	0,5119
Regular		4,06	3,24-5,08	
Ruim/Muito ruim		3,88	2,51-5,97	

*O valor total da amostra é de 8.715 participantes, porém, dados faltantes não foram apresentados. %: Prevalência. IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%. LDL-Colesterol: Colesterol de lipoproteína de baixa densidade. HDL-Colesterol: Colesterol de lipoproteína de alta densidade.

Na análise univariada, ter maior escolaridade, como ensino médio completo e mais (ORb: 0,68; IC 95%: 0,49-0,94), comparado com menor escolaridade (analfabetos ou possuir ensino fundamental incompleto) associaram-se a menores chances de hemoglobinopatias ($p = 0,021$). Residentes da Região Sul (ORb: 0,49; IC 95%: 0,25-0,95; $p = 0,035$) apresentaram menores chances de hemoglobinopatias quando comparados aos que residem na Região Norte. Adultos da raça/cor da pele parda (ORb: 2,55; IC 95%: 1,74-3,72; $p < 0,001$) e preta (ORb: 2,97; IC 95%: 1,83-4,82; $p < 0,001$) exibiram maiores chances da presença de hemoglobinopatias se comparados aos da raça/cor da pele branca (tabela 2).

Tabela 2. Fatores associados às hemoglobinopatias em adultos ≥ 18 anos (modelo univariado) segundo características sociodemográficas, estilos de vida e condições de saúde, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2014-2015

Variáveis	Hemoglobinopatias		
	ORb	IC 95%	Valor-p
Características Sociodemográficas			
Sexo			
Masculino	1		
Feminino	1,02	0,75-1,37	0,917
Faixa etária			
18 a 29 anos	1		
30 a 44 anos	0,80	0,51-1,26	0,331
45 a 59 anos	0,86	0,56-1,35	0,521
60 anos ou mais	0,82	0,52-1,29	0,386
Escolaridade			
Analfabeto/Fundamental incompleto	1		
Fundamental completo/Médio incompleto	0,93	0,60-1,43	0,728
Médio Completo e mais	0,68	0,49-0,94	0,021
Raça/cor da pele			
Branca	1		

Parda	2,55	1,74-3,72	< 0,001
Preta	2,97	1,83-4,82	< 0,001
Outras	0,82	0,23-2,94	0,759
Região			
Norte	1		
Nordeste	1,23	0,92-1,63	0,164
Sudeste	0,98	0,69-1,40	0,915
Sul	0,49	0,25-0,95	0,035
Centro-Oeste	0,92	0,58-1,44	0,704
Atividade Física			
Insuficiente	1		
Suficiente	0,87	0,60-1,26	0,455
Consumo de álcool abusivo			
Não	1		
Sim	0,69	0,44-1,07	0,098
Tabagismo			
Não	1		
Sim	1,00	0,68-1,47	0,988
Condições de Saúde			
Estado Nutricional			
Baixo/Normal	1		
Sobrepeso	0,85	0,61-1,18	0,325
Obesidade	0,89	0,60-1,33	0,581
Hipertensão Arterial			
Não	1		
Sim	0,92	0,65-1,32	0,663
Diabetes			
Não	1		
Sim	0,88	0,56-1,39	0,589
Doença Renal Crônica			
Não	1		
Sim	1,29	0,78-2,14	0,317
Doença Cardiovascular			
Não	1		
Sim	1,29	0,66-2,50	0,453
Colesterol Total $\geq$ 190 (mg/dL)			
Não	1		

Sim	0,85	0,63-1,16	0,306
LDL-Colesterol ≥ 130 (mg/dL)			
Não	1		
Sim	0,83	0,54-1,26	0,372
HDL-Colesterol < 40 (mg/dL)			
Não	1		0,248
Sim	0,83	0,60-1,14	
Autoavaliação de saúde			
Boa/Muito boa	1		
Regular	1,18	0,86-1,61	0,302
Ruim/Muito ruim	1,12	0,68-1,85	0,645

ORb: Odds Ratio Bruta. IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%. LDL-Colesterol: Colesterol de lipoproteína de baixa densidade. HDL-Colesterol: Colesterol de lipoproteína de alta densidade.

Na análise ajustada por sexo e idade, mantiveram-se estatisticamente significativas as associações encontradas na análise univariada. Possuir ensino médio completo e mais (ORa: 0,62; IC 95%: 0,44-0,89) comparado a ser analfabetos ou ter ensino fundamental incompleto) associaram-se a menores chances de hemoglobinopatias ($p = 0,008$). Pessoas que residem na Região Sul (ORa: 0,49; IC 95%: 0,25-0,97; $p = 0,041$) apresentaram menores chances de hemoglobinopatias quando comparadas às que moram na Região Norte. Por outro lado, adultos da raça/cor da pele parda (ORa: 2,56; IC 95%: 1,74-3,75; $p < 0,001$) e preta (ORa: 2,98; IC 95%: 1,83-4,85; $p < 0,001$) demonstraram maiores chances de hemoglobinopatias comparados aos da raça/cor da pele branca (tabela 3).

Tabela 3. Fatores associados às hemoglobinopatias em adultos ≥ 18 anos (modelo ajustado) segundo características sociodemográficas, estilos de vida e condições de saúde, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2014-2015

Variáveis	Hemoglobinopatias		
	ORa	IC 95%	Valor-p
Características Sociodemográficas			
Sexo	1		
Masculino	1,02	0,76-1,38	0,889
Feminino			
Faixa etária	1		
18 a 29 anos	0,80	0,51-1,26	0,328

30 a 44 anos	0,86	0,56-1,34	0,517
45 a 59 anos	0,82	0,52-1,29	0,382
60 anos ou mais			
Escolaridade			
Analfabeto/Fundamental incompleto	1		
Fundamental completo/Médio incompleto	0,84	0,53-1,33	0,452
Médio Completo e mais	0,62	0,44-0,89	0,008
Raça/cor da pele			
Branca	1		
Parda	2,56	1,74-3,75	< 0,001
Preta	2,98	1,83-4,85	< 0,001
Outras	0,84	0,23-3,20	0,785
Região			
Norte	1		
Nordeste	1,23	0,92-1,65	0,156
Sudeste	0,99	0,69-1,42	0,95
Sul	0,49	0,25-0,97	0,041
Centro-Oeste	0,92	0,59-1,46	0,733
Estilos de Vida			
Atividade Física	1		
Insuficiente	0,85	0,58-1,23	0,381
Suficiente			
Consumo de álcool abusivo	1		
Não	0,68	0,43-1,07	0,093
Sim			
Tabagismo	1		
Não	1,01	0,68-1,49	0,968
Sim			
Estado Nutricional	1		
Baixo/Normal	0,86	0,62-1,21	0,389
Sobrepeso	0,91	0,61-1,37	0,653
Obesidade			

Condições de Saúde			
Hipertensão Arterial	1		
Não	0,96	0,63-1,46	0,839
Sim			
Diabetes	1		
Não	0,89	0,56-1,41	0,621
Sim			
Doença Renal Crônica	1		
Não	1,34	0,81-2,20	0,254
Sim			
Doença Cardiovascular	1		
Não	1,35	0,68-2,79	0,388
Sim			
Colesterol Total ≥ 190 (mg/dL)	1		
Não	0,86	0,63-1,18	0,363
Sim			
LDL-Colesterol ≥ 130 (mg/dL)	1		
Não	0,84	0,55-1,28	0,414
Sim			
HDL-Colesterol < 40 (mg/dL)	1		
Não	0,83	0,59-1,16	0,265
Sim			
Autoavaliação de saúde			
Boa/Muito boa	1		
Regular	1,22	0,89-1,67	0,214
Ruim/Muito ruim	1,19	0,72-1,95	0,496

ORa: Odds Ratio Ajustada por sexo e idade. IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%. LDL-Colesterol: Colesterol de lipoproteína de baixa densidade. HDL-Colesterol: Colesterol de lipoproteína de alta densidade.

2.3 Discussão

As hemoglobinopatias afetam 1 a cada 27 adultos brasileiros. Foi fator positivamente associado à presença de hemoglobinopatias: ser da raça/cor da pele parda ou preta. Em contrapartida, foram fatores negativamente associados à presença de hemoglobinopatias: possuir maior escolaridade (ensino médio completo ou mais) e residir na Região Sul.

A prevalência de hemoglobinopatias em adultos no Brasil, identificada pelos exames da PNS laboratorial de aproximadamente 4%, pode ter relação com a diversidade genética da população decorrente da colonização e da miscigenação²⁴. Essa situação pode ser explicada pelas imigrações durante o período da colonização (séculos XVI e XIX), em que o País recebeu europeus e asiáticos. Além disso, a diversidade genética é resultado de cinco séculos de miscigenação entre três grupos ancestrais distintos: ameríndios, europeus e africanos subsaarianos²⁵. Essa miscigenação tem repercussões no perfil proteico herdado, que inclui as hemoglobinas humanas, uma vez que a frequência de diversos polimorfismos varia entre as diferentes populações. Nessa perspectiva, a frequência das anemias hereditárias reflete a diversidade de origens raciais entre brasileiros nas regiões do País²⁵. Devido a esse histórico da população brasileira, com implicações hematológicas, a OMS recomenda a implantação de programas para prevenção e controle de hemoglobinopatias na América Latina, especialmente no Brasil²⁵.

No País, as prevalências diferenciadas de hemoglobinopatias são comuns, especialmente para as síndromes falcêmicas, HbC e talassemias²⁵. Estudo realizado com dados laboratoriais da PNS revelou que as prevalências de hemoglobinopatias foram maiores para HbAS (2,49%), seguida de talassemia menor e de suspeita de talassemia maior (1,10%), portador de HbC (0,04%), provável portador de persistência de HbF (0,03%) e associação do HbAS com HbC (0,003%)³.

No presente estudo, a prevalência de hemoglobinopatias foi mais baixa nas pessoas brancas comparadas às demais raças/cores de peles, e houve maior chance dessas condições nos adultos brasileiros da raça/cor da pele preta ou parda, sendo a distribuição das hemoglobinopatias segundo raça/cor da pele em adultos brasileiros influenciada pela miscigenação. Estudo realizado com adultos maiores de 18 anos em Uberaba, Minas Gerais, evidenciou o predomínio da DF em pessoas pretas (78,7%), seguidos por pardas (17,0%) e brancos (apenas 4,3%)¹³. As hemoglobinas variantes mais frequentes na população brasileira são a HbS e a HbC, ambas de origem africana, o que denota intensa a composição populacional da raça/cor preta e parda no Brasil²⁵. A HbC tem a sua prevalência influenciada por fluxos migratórios e espalhou-se pelo mundo assim como a HbS²⁶. Por sua vez, as talassemias costumam ser mais frequentes em regiões que tiveram maior participação da colonização italiana²⁵.

Embora as diferenças nos parâmetros hematológicos sejam decorrentes da hereditariedade e relacionadas com as doenças crônicas, os fatores socioeconômicos diferem-se entre raças^{10,27}. Evidências documentam diferenças nos parâmetros de hemograma entre populações de distintas nações, reafirmando as influências geográficas e étnico-raciais nos fatores genéticos, nutricionais, socioeconômicos, culturais e de estilos de vida nas distintas localidades²⁸. Contudo, existe uma carência de investigações

sobre as discrepâncias raciais de parâmetros hematológicos entre populações pretas e pardas, as quais são sub-representadas em estudos epidemiológicos²⁶. Isso merece atenção, haja vista que a sociedade brasileira é marcada por diversidade racial, étnica e socioeconômica²⁹ com repercussões na epidemiologia das hemoglobinopatias no País¹⁰. Além disso, mostra a necessidade de pesquisas populacionais com brasileiros da raça/cor preta e parda sobre a temática.

Quanto a menor chance de hemoglobinopatias em adultos brasileiros mais escolarizados (ensino médio completo e mais), é reconhecida a heterogeneidade dos diferentes estratos sociais e econômicos no Brasil, com predomínio de pessoas da raça/cor preta nos grupos mais pobres e com menor escolaridade, principalmente em regiões periféricas dos centros urbanos, o que torna essas doenças mais comuns nessa população³⁰. Estudo com dados da PNS de 2019 evidenciou que adultos com menor escolaridade (analfabetos ou com ensino fundamental incompleto) e da raça/cor da pele preta e parda apresentaram maiores prevalências de doenças crônicas não transmissíveis³¹.

Tal situação também evidencia que a prevalência das doenças mais comuns na população afro-brasileira é influenciada por fatores genéticos e socioeconômicos e incluem o legado da escravidão e a persistente exclusão social até os dias atuais³⁰. Estudo de 1993 já mencionava que aproximadamente 80% a 85% das pessoas com DF possuem baixa escolaridade³². Esse achado é preocupante, pois a baixa escolaridade pode influenciar negativamente na evolução das condições ou doenças genéticas em razão da menor compreensão da própria doença, dos riscos e das informações e orientações prestadas pelos profissionais de saúde³³.

Neste estudo, os adultos residentes na Região Sul apresentaram menores chances de ter hemoglobinopatias, o que pode ser justificado pelas marcantes diferenças regionais no que diz respeito à composição da população brasileira por raça/cor da pele e a presença de hemoglobinopatias nas distintas localidades do País³⁴. A predominância de pessoas brancas na Região Sul³⁴ é herança da colonização europeia e pode explicar a menor chance dessas condições genéticas nos adultos que residem nessa localidade. Ademais, cabe destacar que as hemoglobinopatias mais prevalentes no Brasil são a DF³⁰ e a HbAS, que afetam mais pessoas pretas e pardas³, e a proporção de antepassados negros no País é maior na Região Nordeste³⁰.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), no Brasil, em 2021, a Região Sul (5,4%) registrou a menor proporção de pessoas declaradas de raça/cor preta; por sua vez, nas Região Nordeste (13,4%) e Sudeste (11,2%), foram observadas maiores proporções (13,4%). Para a raça/cor parda, as maiores proporções encontram-se nas Regiões Norte (70,1%) e Nordeste (60,5%). A Região Sul caracterizou-

-se pelo predomínio da população de raça/cor branca (72,8%)³⁴. De acordo com o manual brasileiro para doenças por razões étnicas nos afrodescendentes brasileiro de 2001, na Região Sudeste, a prevalência média de pessoas com DF era de 2%, valor que subia aproximadamente entre 6% e 10% nos negros e pardos e no Nordeste³⁰. Com relação ao HbAS, estudo com adultos brasileiros da PNS, entre 2014 e 2015, identificou maiores frequências nas Regiões Norte e Nordeste³, pois a população de pardos é mais comum nessas regiões, e pessoas são mais presentes na Região Nordeste raça/cor preta^{3,30}.

Este estudo teve limitações, como a impossibilidade de estabelecer relação de causalidade, por se tratar de um estudo transversal. As associações podem ser reflexos dos estilos de vida e tratamento. Alguns resultados podem estar sujeitos ao viés de causalidade reversa, devendo ser avaliados com prudência. Contudo, destaca-se que, no Brasil, são escassos os estudos sobre os fatores associados às hemoglobinopatias com amostra representativa da população adulta brasileira, sendo este estudo pioneiro na identificação dessa informação, com a utilização de dados da PNS laboratorial, que apresenta rigor metodológico criterioso, sendo a generalização dos resultados apresentados segura para estimativas nacionais. Os achados reforçam a importância da triagem neonatal para identificação de pessoas com hemoglobinopatias, aconselhamento genético e a necessidade de pesquisas¹⁰, especialmente com enfoque na população preta e parda e nos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doenças, como as genéticas nesses brasileiros.

Cabe ressaltar que a organização de ações, estratégias e programas preventivos para hemoglobinopatias no País, conforme recomendações da OMS, requer apoio dos governantes e dos órgãos oficiais de saúde. Além disso, são essenciais educação permanente e continuada em serviço, que vise a capacitação profissional para o diagnóstico, aconselhamento genético e clínico e manejo adequado de pessoas com essas condições, de forma a qualificar e aprimorar a assistência em saúde²⁵.

3. Conclusão

Foram fatores associados às hemoglobinopatias nos adultos brasileiros: ter ensino médico completo ou mais, residir na Região Sul e ser da raça/cor da pele preta e parda. Este estudo pode fornecer subsídios para políticas públicas de promoção da saúde, bem como apoio a ações de prevenção das hemoglobinopatias no Brasil. Os resultados evidenciam a relevância do aconselhamento genético e de pesquisas que apoiem o manejo apropriado dessa condição no País, principalmente pelos efeitos da miscigenação brasileira, com enfoque em adultos afrodescendentes e da raça/cor preta e parda.

Agradecimento

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão de bolsas de Pós-Doutorado Júnior recebidas por Sá ACMGN e Silva AG, e pela bolsa de produtividade recebida por Malta DC. À Fundação de Apoio à UFMG (Fundep) pela concessão de bolsa de Iniciação Científica à Alves FTA. À Secretaria de Vigilância em Saúde pelo apoio no TED 147/2018.

Conflito de interesses

Nada a declarar.

Financiamento

Secretaria de Vigilância em Saúde – TED 147/2018.

Referências

1. Nelson DL, Cox MM. Princípios de bioquímica de Lehninger. 6 ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. Kaushansky K, Lichtman M, Prchal J, Levi M, Press O, Burns L, et al. Williams Hematology. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2016.
3. Rosenfeld LG, Bacal NS, Cuder MAM, Silva AGD, Machado ÍE, Pereira CA, et al. Prevalence of hemoglobinopathies in the Brazilian adult population: National Health Survey 2014-2015. Rev Bras Epidemiol. 2019;22(Suppl 2):E190007.SUPL.2. doi: 10.1590/1980-549720190007.supl.2
4. Modell B, Darlison M. Global epidemiology of haemoglobin disorders and derived service indicators. Bull World Health Organ. 2008 Jun;86(6):480-7. doi: 10.2471/blt.06.036673
5. Lervolino LG, Baldin PE, Picado SM, Calil KB, Viel AA, Campos LA. Prevalence of sickle cell disease and sickle cell trait in national neonatal screening studies. Rev Bras Hematol Hemoter. 2011;33(1):49-54. doi: 10.5581/1516-8484.20110015
6. El Ariss AB, Younes M, Matar J, Berjaoui Z. Prevalence of Sickle Cell Trait in the Southern Suburb of Beirut, Lebanon. Mediterr J Hematol Infect Dis. 2016;8(1):e2016015. doi: 10.4084/MJHID.2016.015
7. Piel FB, Hay SI, Gupta S, Weatherall DJ, Williams TN. Global burden of sickle cell anaemia in children under five, 2010-2050: modelling based on demographics, excess mortality, and interventions. PLoS Med. 2013;10(7):e1001484. doi: 10.1371/journal.pmed.1001484

8. Antwi-Boasiako C, Ekem I, Abdul-Rahman M, Sey F, Doku A, Dzudzor B, et al. Hematological parameters in Ghanaian sickle cell disease patients. *J Blood Med*. 2018 Oct 31;9:203-209. doi: 10.2147/JBM.S169872
9. Murao M, Ferraz MHC. Sickle cell trait: heterozygous for the hemoglobin S. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2007;29(3):223-225. doi: 10.1590/S1516-84842007000300006
10. Sá ACMGN, Silva AG, Gomes CS, Sá ATN, Malta DC. Differences between reference intervals of blood counts of Brazilian adults with and without sickle cell trait according to laboratory tests from the National Health Survey. *Rev Bras Epidemiol*. 2023 Apr 21;26(Suppl 1):e230003. doi: 10.1590/1980-549720230003.supl.1
11. Souza-Júnior PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015;24(2):207-216. doi:10.5123/S1679-49742015000200003
12. Szwarcwald CL, Malta DC, Souza Júnior PRB, Almeida WDS, Damacena GN, Pereira CA, et al. Laboratory exams of the National Health Survey: methodology of sampling, data collection and analysis. *Rev Bras Epidemiol*. 2019 Oct 7;22(Suppl 2):E190004.SUPL.2. doi: 10.1590/1980-549720190004.supl.2
13. Felix AA, Souza HM, Ribeiro SBF. Aspectos epidemiológicos e sociais da doença falciforme. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2010;32(3):203-208. doi: 10.1590/S1516-84842010005000072
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
15. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde: Manual de Procedimentos de Coleta e Envio de Amostras. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
16. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2010.
17. United States of America. Department of Health and Human Services. National Institute Alcohol Abuse Alcoholism. NIAAA Council approves definition of binge drinking. *NIAAA Newsletter*. 2004;3:1-4.
18. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 2000.
19. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial: 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2021;116(3):516-658.

doi: 10.36660/abc.20201238

20. World Health Organization. Use of glycated haemoglobin (HbA1c) in the diagnosis of diabetes mellitus. Geneva: WHO; 2011.
21. American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes–2018. *Diabetes Care*. 2018;41(Suppl 1):S13-S27. doi: 10.2337/dc18-S002
22. Kidney Disease Improving Global Outcomes. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl*. 2013; 3(1):1-150.
23. Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afíune A Neto, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose: 2017. *Arq Bras Cardiol*. 2017; 109(Supl. 1):1-76.
24. Calvo-Gonzalez E. Hemoglobinas variantes na área médica e no discurso cotidiano: um olhar sobre raça, nação e genética no Brasil contemporâneo. *Saude Soc*. 2017;26(1):75-87. doi: 10.1590/s0104-12902017157821
25. Orlando GM, Naoum PC, Siqueira FAM, Bonni-Domingos CR. Diagnóstico laboratorial de hemoglobinopatias em populações diferenciadas. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2000;22(2):111-21. doi: 10.1590/S1516-84842000000200007
26. Angulo IL, Picado SBR. Hemoglobina C em homozigose e interação com talassemia beta. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2009;31(6):408-12. doi: 10.1590/S1516-84842009005000082
27. Zakai NA, McClure LA, Prineas R, Howard G, McClellan W, Holmes CE, et al. Correlates of anemia in American blacks and whites: the REGARDS Renal Ancillary Study. *Am J Epidemiol*. 2009;169(3):355-64. doi: 10.1093/aje/kwn355
28. Sá ACMGN, Bacal NS, Gomes CS, Silva TMR, Gonçalves RPF, Malta DC. Intervalos de referência de hemograma da população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2023;26(Suppl 1):e230004. doi: 10.1590/1980-549720230004.supl.1.1
29. Rosenfeld LG, Malta DC, Szwarcwald CL, Bacal NS, Cuder MAM, Pereira CA, et al. Reference values for blood count laboratory tests in the Brazilian adult population, National Health Survey. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22(Suppl 2):E190003.SUPL.2. doi: 10.1590/1980-549720190003.supl.2
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

31. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Silva AGD, Szwarcwald CL, Barros MBA. Socioeconomic inequalities related to noncommunicable diseases and their limitations: National Health Survey, 2019. *Rev Bras Epidemiol.* 2021;24(suppl 2):E210011. doi: 10.1590/1980-549720210011.supl.2.
32. Silva RB, Ramalho AS, Cassorla R. A anemia falciforme como problema de saúde pública no Brasil. *Rev Saude Publica.* 1993;27(1):54-8. doi: 10.1590/S0034-89101993000100009
33. Freitas SLF, Ivo ML, Figueiredo MS, Gerk MAS, Nunes CB, Monteiro FF. Quality of life in adults with sickle cell disease: an integrative review of the literature. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(1):195-205. doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0409
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012/2022: Características gerais dos domicílios e dos moradores: 2022 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [cited 2023 Nov 19]. Available from: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102004_informativo.pdf

Sobre os autores

Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá. Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte (MG), Brasil. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/3810359998794355>; ORCID: 0000-0002-0122-2727. Avenida Professor Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte (MG), Brasil – CEP 30130-100. Telefone: 3409-9871. E-mail: carolmichelettigomide@gmail.com

Luis Henrique Prado Carneiro. Estudante de graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem. Belo Horizonte (MG), Brasil. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/7984555341306790>; ORCID: 0000-0001-5180-9182

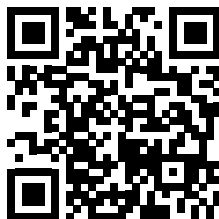
Francielle Thalita Almeida Alves. Estudante de graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem. Belo Horizonte (MG), Brasil. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/2401095881032928>; ORCID: 0000-0001-8886-8514

Alanna Gomes da Silva. Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Belo Horizonte (MG) – Brasil. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/8503437006348504>; ORCID: 0000-0003-2587-5658

Deborah Carvalho Malta. Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Belo Horizonte (MG) – Brasil. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/3261263738543724>; ORCID: 0000-0002-8214-5734

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NOS ENVENENAMENTOS POR MORDEDURAS DE SERPENTES EM ANGOLA DE 2012 A 2022

*Déterminants Sociaux de la Santé dans les envenimations par morsures de
serpent en Angola de 2012 à 2022*

*The Social Determinants of Health in the Snakebites envenoming in Angola
from 2012 to 2022*

Rodelin Oliveros Oliveros

Manuel João de Lemos

Raúl Feio

Ema Fernandes

Tazi Nimi Maria

Resumo

Introdução: os envenenamentos por mordeduras de serpentes constituem um problema de saúde pública global, principalmente nas populações rurais das regiões tropicais e subtropicais. A identificação de Determinantes Sociais da Saúde (DSS), como fatores socioeconômicos, culturais, psicológicos, comportamentais e étnicos, é importante para a elaboração de programas de controle desse agravo. **Objetivo:** descrever a influência dos DSS nos envenenamentos por mordeduras de serpente em Angola. **Metodologia:** descreveram-se os dados relacionados com mordeduras de serpente registados no Centro de Investigação e Informação de Medicamentos e Toxicologia, para responder aos objetivos propostos, contendo variáveis sociodemográficas e ligadas às serpentes. **Resultados:** foram registados 8.123 casos de acidentes ofídicos – 52,3% eram do sexo feminino, a faixa etária foi de 20 a 59 anos de idade, com 68,5%. Ainda, 55,2% tinham o nível de escolaridade mais baixo; trabalhador agrícola foi a ocupação mais frequente com 29,5%, e 84,6% provinham da área rural. A parte do corpo mais atingida foram os membros inferiores com 83,9%, e o gênero de serpente mais frequente foi Bitis com 35,9%. **Conclusões:** a baixa escolaridade, a proveniência rural e o trabalho agrícola estiveram relacionados com acidentes ofídicos.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde. Envenenamento por Mordedura de Serpente. Acidentes Ofídicos. Doenças Tropicais Negligenciadas. Angola.

Résumé

Introduction: les envenimations par morsures de serpent constituent un problème mondial de santé publique, notamment dans les populations rurales des régions tropicales et subtropicales. L'identification des déterminants sociaux de la santé (DSS), tels que les facteurs socio-économiques, culturels, psychologiques, comportementaux et ethniques est importante pour développer des programmes de contrôle de cette maladie. **Objectif:** décrire l'influence des DSS sur les envenimations par morsures de serpent en Angola. **Méthodologie:** une description des données liées aux morsures de serpent au Centre de Recherche, d'Information sur le Médicament et la Toxicologie a été réalisée, pour répondre aux objectifs proposés, contenant des variables sociodémographiques et des variables liées aux serpents. **Résultats:** 8.123 cas des morsures de serpent ont été enregistrés dont 52,3% de femmes, la tranche d'âge était de 20 à 59 ans avec 68,5%. De plus 55,2% avaient le niveau d'éducation le plus bas, l'ouvrier agricole était la profession la plus courante avec 29,5 %, et 84,6 % venaient des zones rurales. La partie du corps la plus touchée était les membres inférieurs avec 83,9 %, et le genre de serpent le plus courant

était Bitis avec 35,9 %. **Conclusions:** le faible niveau d'éducation, l'origine rurale et le travail agricole étaient liés aux morsures de serpent.

Mots clés: Déterminants sociaux de la santé. Envenimations par morsures de serpent. Morsures de serpent. Maladies tropicales négligées. Angola.

Abstract

Introduction: Snakebite envenomings is a global public health problem, particularly in rural populations in tropical and subtropical regions. The identification of social determinants of health such as socio-economic, cultural, psychological, behavioral and ethnic factors is important for the developing disease control programs. **Objective:** To describe the influence of social determinants of health on snakebites envenoming in Angola. **Methodology:** a description of data related to snakebites at the Research Center, Information on Medicines and Toxicology, of the Faculty of Medicine of Rainha Njinga a Mbande University was carried out, in order to respond to the proposed objectives, containing socio-demographic variables and snake related variables. **Results:** 8.123 cases of snakebites were recorded, including 52.3% woman, the most prominent age group being 20-59 years old, with 68.5%. 55.2% had the lowest level of education, agricultural laborer was the most frequent occupation with 29.5%. 84.6% came from the rural areas. The most affected body part was the lower limbs with 83.9% and the most frequent snake genus was Bitis at 35.9%. **Conclusions:** Low education level, rural origin and agricultural work were related to ophidic accidents.

Keywords: Social Determinants of Health. Snakebites Envenoming. Ophidic Accidents. Neglected Tropical Disease. Angola.

1. Introdução

A globalização da economia e o avanço tecnológico característicos da expansão capitalista trazem consequências mais visíveis, como o aumento das desigualdades e injustiças sociais que vêm chamando a atenção da sociedade sobre a questão social. Na área da saúde, esse campo crescente de discussão acadêmico-político, atualmente, é conhecido por DSS. A comissão homônima da OMS define DSS como condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, isto é, são os fatores socioeconômicos, culturais, psicológicos, comportamentais, étnicos e raciais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população^{1,2}.

Os envenenamentos por mordeduras de serpentes, também conhecidos como “acidentes ofídicos” constituem um problema de saúde pública em nível mundial, sobretudo nos países das regiões tropicais e subtropicais pouco desenvolvidas e politicamente marginalizadas, com fracos sistemas de saúde³. Estimativas da OMS indicam que mais de 5,8 milhões de pessoas em todo o mundo estão em risco de envenenamento por mordedura de serpentes. O problema afeta entre 4,5 e 5,4 milhões de pessoas mundialmente. Destes, entre 1,8 e 2,7 milhões adoecem, e, aproximadamente, 81 mil a 138 mil morrem, afetando homens, mulheres e crianças anualmente⁴⁻⁶.

Os envenenamentos por mordedura de serpente têm sido considerados pela OMS como uma das 20 DTN, reconhecendo-os como um dos mais severos problemas de saúde pública que afetam as comunidades das regiões onde ocorrem, cuja incidência é maior na África, na Ásia e na América Latina⁷⁻¹⁰.

Na África, há uma grande variedade de serpentes com cerca de 600 espécies. Em torno de 435 mil a 580 mil pessoas por ano necessitam de tratamento por mordedura de serpentes. Na África Subsaariana, há um sub-registro da incidência de mordeduras por serpentes, no entanto, mais de 1 milhão de pessoas são vítimas, com estimativas de entre 7 mil e 20 mil mortos por ano, devido, principalmente, ao difícil acesso ao tratamento adequado e à falta de antídotos específicos. Além disso, os envenenamentos por mordeduras de serpentes causam a perda de aproximadamente 1,03 milhão de anos de vida ajustados por incapacidade⁴⁻⁶.

Esses prognósticos, apesar de elevados, encontram-se provavelmente subestimados, uma vez que apenas cerca de 15% das mordeduras de serpentes são reportadas aos hospitais e, por sua vez, usadas para fazer as estimativas regionais^{6,11,12}. Na Ásia, aproximadamente 2 milhões de pessoas sofrem, em cada ano, envenenamento por mordedura de serpentes. Na América Latina e no Caribe, ocorrem anualmente por volta de 137 mil mordeduras, e morrem por essa causa ao redor de 3,4 mil pessoas¹³.

Em Angola, existem escassos relatos de incidência de acidentes ofídicos, reconhecendo-se que há uma subnotificação dos casos pelo fato de as mordeduras de serpentes não fazerem parte das doenças de notificação obrigatória. A fauna de serpentes venenosas é rica, contudo, a falta de antídotos específicos para o tratamento dos casos, o pouco conhecimento dos profissionais de saúde, associado às condições de vida das populações rurais que são marcadas pelo predomínio de atividades da agricultura e as práticas tradicionais, constituem condições propícias para o aparecimento de acidentes com serpentes, muitos dos quais podem ser fatais¹⁴.

Diante o exposto, o objetivo deste capítulo consiste em descrever a influência dos DSS nos envenenamentos por mordeduras de serpentes em Angola, no período de 2012-2022.

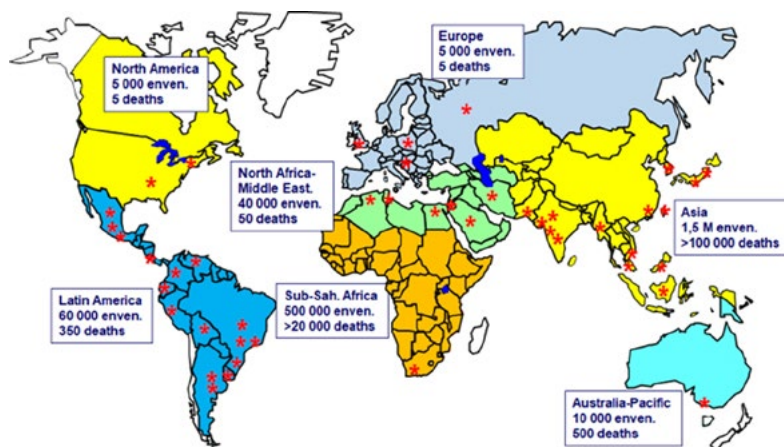
2. Desenvolvimento

Atualmente, os acidentes ofídicos continuam a ser um grande problema de saúde pública global e de emergência médica devido à sua frequência, com consequências em termos de saúde, gerando deformidades, amputações e morte. Por outro lado, a sua existência leva ao impacto socioeconômico marcado pelo custo das intervenções realizadas nos serviços de urgências, os gastos excessivos em reabilitação dessas deformidades e até o afastamento do serviço por reforma precoce^{15,16}.

A OMS pretende, até 2030, reduzir à metade as mortes e as incapacidades produzidas por acidentes ofídicos por meio de um programa de quatro pilares que promove tratamento acessível, fortalecimento dos sistemas de saúde, envolvimento comunitário e mobilização de parcerias. Em 2019, essa iniciativa teve um grande apoio de ONG internacionais e uma forte mobilização de especialistas e governos africanos^{17,18}.

Uns dos elementos fundamentais para o tratamento desse tipo de envenenamentos são os soros antiofídicos, que são a única terapêutica específica nos envenenamentos graves, prevenindo, em muitos casos, mortes e deformidades. Na África Subsaariana, a acessibilidade aos soros antiofídicos é uma prioridade. Diversos antivenenos estão disponíveis, mas carecem de estudos avaliativos e permanecem caros. Com exceção da África do Sul, até ao momento, não existem fabricantes de soros antiofídicos na região da África Subsaariana (figura 1), obrigando a sua importação de outros continentes. O fornecimento de antivenenos aos centros de saúde periféricos diminuiria as complicações e mortes^{19,20}.

Figura 1. Distribuição Global da produção de Soros Antiofídicos



Fonte: Chippaux et al.¹⁹.

Entre os vários desafios que afetam o controle dos acidentes ofídicos, está o acesso inadequado aos soros antiofídicos específicos, mas, em parte também, o conhecimento inadequado entre os profissionais de saúde⁴.

Nos países tropicais, detentores da maior diversidade de serpentes de importância médica do planeta, esse agravamento à saúde acomete frequentemente: homens jovens, trabalhadores rurais, em idade economicamente ativa, populações em condições socioeconômicas menos abastadas, populações indígenas, pescadores, caçadores e pessoas com baixo nível de escolaridade. Ademais, os meses com maior número de notificações por mordeduras de serpentes são os quentes e chuvosos, uma vez que a atividade agrícola aumenta nesse período^{4,19}.

A grande maioria dos acidentes ofídicos em Angola é classificada de acordo com as três famílias de serpentes, nomeadamente: *elapidae*, *viperidae* e *colubridae*. Essa classificação é importante para o tratamento, visto que essas serpentes possuem veneno associado ao mecanismo inoculador das toxinas. Outrossim, os venenos dessas famílias têm ação fundamentalmente hemotóxica, neurotóxica e citotóxica¹⁴.

2.1 Métodos

Local de estudo e fonte de informação

O Centro de Investigação e Informação de Medicamentos e Toxicologia (Cimetox) foi criado em 10 de novembro de 2011, sob a Deliberação nº 09 / CD_ULAN/2011, de 19 de agosto; adstrito à Faculdade de Medicina de Malanje, pertencente à Universidade Lueji A'Nkonde.

De acordo com Estatuto Orgânico da Universidade Rainha Njinga a Mbande (URNM), no seu art. 62 do Decreto Presidencial nº 310/21, de 21 de dezembro, o Centro é qualificado como um centro de investigação científica e desenvolvimento, que tem como missão promover e realizar a investigação científica pluridisciplinar e outras atividades científicas e técnicas, tais como prestação de serviço, peritagens, normalização, controle de qualidade e certificação. Equipara-se a um Departamento que se subordina à Direção da Faculdade de Medicina da URNM, na qualidade de uma instituição de ensino e investigação e extensão.

Os dados foram obtidos das “Histórias Clínicas Toxicológicas” que incluem as mordeduras de serpentes, mantidas na área de Toxicovigilância do Centro.

A produção de soros antiofídicos angolanos para o tratamento dos envenenamentos por mordedura de serpentes, a redução das mortes e as sequelas por esse tipo de acidentes, o empoderamento das populações, a notificação obrigatória e a vigilância

continua das mordeduras de serpentes estão entre as grandes perspectivas do Cimetox, para garantir o bem-estar das populações.

2.2 Resultados

O Cimetox, desde a sua fundação, há mais de uma década, vem registando casos de mordeduras de serpentes provenientes de todo o espaço nacional, por meio de solicitações de atendimento e assessoria feitas pelos profissionais de saúde e pela população geral.

Desde 2011, o Centro registrou 8.123 casos de acidentes ofídicos (tabela 1); destes, 52,3% corresponderam ao sexo feminino. As faixas etárias mais frequentes foram de 30 a 39 anos (24,1%) e de 40 a 49 anos (25,1%), seguidas dos que tinham entre 20 e 29 anos (19,3%) – estes constituem quase 70% dos casos de acidentes ofídicos registrados. Maioritariamente, 55,2% tinham o nível de escolaridade mais baixo (sem instrução e nível primário completo). Registo sem informação desta variável chegou a 16,5%. O trabalhador agrícola foi o mais acometido com 29,5%, a maior proveniência foi a rural com 84,6% e a parte do corpo mais atingida foram os membros inferiores com 83,9%. O gênero de serpente mais frequente foi a Bitis com 35,9%, com 35,3% sem informação.

Tabela 1. Determinantes Sociais de Saúde nas mordeduras de serpentes em Angola. Cimetox. 2011-2022

Variáveis	Total	
	Nº	%
Sexo		
Feminino	4.248	52,3
Masculino	3.875	47,7
Total	8.123	100
Faixas etárias		
< 10 anos	707	8,7
11-19 anos	1.055	13,0
20-29 anos	1.567	19,3
30-39 anos	1.957	24,1
40-49 anos	2.038	25,1
50-59 anos	389	4,8
≥ 60 anos	243	3,0
Sem informação	167	2,0
Total	8.123	100

Nível de Escolaridade		
Sem instrução	3.201	39,4
Ensino Primário completo	1.283	15,8
Ensino Secundário (1º Ciclo)	1.161	14,3
Ensino Secundário (2º Ciclo)	991	12,2
Ensino Superior	147	1,8
Sem informação	1.340	16,5
Total	8.123	100
Ocupação		
Estudante	471	5,8
Trabalhador agrícola	2.398	29,5
Outro trabalho	1.429	17,6
Não trabalha	1.056	13,0
Sem informação	2.769	34,1
Total	8.123	100
Proveniência do paciente		
Urbana	1.185	14,6
Rural	6.872	84,6
Sem informação	66	0,8
Total	8.123	100
Área do corpo atingida		
Cabeça	178	2,2
Membros inferiores	6.815	83,9
Membros superiores	1.081	13,3
Sem informação	49	0,6
Total	8.123	100
Gênero de serpente		
Bitis	2.914	35,9
Mambas	974	12
Najas	503	6,2
Outras	186	2,3
Não peçonhenta	676	8,3
Sem informação	2.870	35,3
Total	8.123	100

Fonte: Relatório Estatístico do Cimetox.

2.3 Discussão

O Cimetox registrou 8.123 casos de acidentes ofídicos (tabela 1). Destes, 52,3% corresponderam ao sexo feminino, e as faixas etárias de maior destaque foram aquelas que incluíram pessoas em idade laboral (20-59 anos de idade), correspondente a 68,5%.

Um estudo feito sobre o perfil sociodemográfico e clínico de vítimas de mordedura de serpentes na região norte do Ceará, Brasil, em 90 processos clínicos de pessoas vítimas de acidentes ofídicos em 2017 e 2018, na Santa Casa de Misericórdia, demonstrou que a população em estudo era predominante do sexo masculino, com 81,1%, e 77,8% possuíam entre 20 e 59 anos de idade²¹. Outro estudo feito no mesmo país, dois a três anos depois, demonstrou que homens em idade ativa são mais afetados, residentes de áreas rurais e áreas periurbanas e que provavelmente não utilizam equipamentos de proteção individual²¹.

Os homens na faixa etária economicamente ativa são os que frequentemente foram mais acometidos, ocasionando prejuízos socioeconômicos para a família do indivíduo que se envolveu no acidente. Gostaríamos de entender o contexto angolano e, precisamente, nos registros de Cimetox, nos quais se encontra um predomínio do sexo feminino, diferentemente daquilo que a literatura demonstra. Pensamos nós que, no contexto angolano e africano, o processo saúde-doença está mais ligado à mulher e que o homem, preservando a sua virilidade e masculinidade, não vai ao encontro dos serviços de saúde. Além disso, os dados estatísticos relacionados com índice de masculinidade da população demonstram que existem mais mulheres do que homens, em uma razão de 94 homens para 100 mulheres²².

Quanto ao nível de escolaridade, 55,2% tinham o nível mais baixo (sem instrução e nível primário completo). A falta de informação para essa variável foi de 16,5%. A ocupação mais frequente foi o trabalhador agrícola com 29,5%, e a falta de informação, com 34,1%, sendo que 84,6% eram provenientes de área rural, o que converge com outros estudos^{23,12}.

Em relação à parte do corpo atingida, observou-se um predomínio de 83,9% nos membros inferiores, e o gênero mais frequente foi Bitis com 35,9%, e 35,3% sem informação. O local anatômico onde as mordeduras de serpentes ocorrem com mais frequência são os membros inferiores, pois estão mais próximos do solo, onde frequentemente acontece a possibilidade de as serpentes serem pisadas durante o trabalho, caminhadas ou jogos nas zonas rurais²⁴.

Observou-se a presença das Bitis, um dos gêneros mais frequentes no contexto angolano. Em um estudo feito por Regina Paula em vários municípios da província de Benguela, a Bitis foi o gênero mais referenciado²⁵.

Em relação ao gênero das serpentes responsáveis dos acidentes no período, predominaram as *Bitis* com 35,9%, e dentro destas, as *Bitis Arietans*, conhecidas popularmente como “Diuta” e Víbora bufadora fundamentalmente. Observa-se que, em 35,3% dos acidentes, não foi possível identificar o tipo de serpente. Isso deve estar relacionado, por um lado, com o fato de que, em muitos casos, o acidentado não consegue ver a serpente e, em outros casos, mesmo sendo vista, existe pouco conhecimento quanto às serpentes venenosas ou não, típicas de cada zona, tanto na população geral como nos profissionais de saúde. Isto faz com que, em não poucos casos, relacionem os eventos ao gênero *Bitis*, mesmo sem certeza. Diante dessa realidade, há necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, bem como da população geral.

3. Conclusão

Apesar de não haver um grande registro dos acidentes ofídicos durante o período em estudo, está demonstrado que o problema existe em Angola; assim como há uma subnotificação dos casos, além de não constar na lista das doenças de notificação obrigatória. As mordeduras de serpentes estão fortemente ligadas aos atributos sociodemográficos: baixa escolaridade, proveniência rural, trabalho agrícola e pessoas em idade economicamente ativa. Além disso, há pouco conhecimento sobre o tipo de serpente específico de cada área geográfica.

O aprimoramento dos DSS relacionados com esse agravo deverá ser uma preocupação dos governos e decisores de saúde. A vigilância de acidentes ofídicos e a necessidade da sua notificação são armas importantes para o fortalecimento da educação em saúde, a prestação dos primeiros socorros, diagnóstico, tratamento e para a distribuição equitativa e eficiente dos antivenenos, preferencialmente nas áreas de maior risco de acidentes.

Referências

1. Garbois JA, Sodré F, Araujo MD. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. *Saúde Soc.* 2014;23(4):1173-82. doi: 10.1590/S0104-12902014000400005
2. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis.* 2007;17(1):77-93. doi: 10.1590/S0103-73312007000100006
3. Coto FF, Murillo BF, Rocha MSM. Ophidic accidents: primary health care. *Rev Méd Sinerg.* 2022;7(2):3-5.
4. Michael GC, Bala AA, Mohammed M. Snakebite knowledge assessment and training of healthcare professionals in Asia, Africa, and the Middle East: A review Godpower. *Toxicon X.* 2022; 16:100142. doi: 10.1016/j.toxcx.2022.100142

5. Lima FPS. Acidentes Ofídicos de Importância Militar [trabalho de conclusão de curso] [Internet]. Rio de Janeiro: Escola de Saúde do Exército, Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares; 2021 [cited 2023 Aug 23]. Available from: https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/9752/3/MONO_FERNANDA%20PASSARELI%20DE%20SOUZA%20%20LIMA_CFO.pdf.
6. Bala AA, Mohammed M, Umar S, Ungogo MA, Hassan MA, Abdussalam US, et al. Pre-clinical efficacy of African medicinal plants used in the treatment of snakebite envenoming: a systematic review protocol. *Ther Adv Infect Dis*. 2022;9:20499361211072644. doi: 10.1177/20499361211072644
7. World Health Organization. Snakebite envenoming [Internet]. WHO; 2023 Sep 12 [cited 2023 Aug 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/snakebite-envenoming>
8. Cavalcante TTA. Avaliação dos aspectos locais e imunológicos decorrentes de acidente botrópico no Amazonas [dissertação] [Internet]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2022 [cited 2023 Aug 23]. Available from: https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/8794/6/Dissertação_TávilaCavalcante_PPGIBA.pdf
9. Margono F, Outwater AH, Lowery Wilson M, Howell KM, Bärnighausen T. Snakebite treatment in Tanzania: identifying gaps in community practices and hospital resources. *Int. J Environ Res Public Health* 2022; 19(8):4701. doi: 10.3390/ijerph19084701
10. Calvopiña M, Guamán-Charco E, Ramírez K, Dávalos F, Chiliquinga P, Villa-Soxó S, et al. Epidemiología y características clínicas de las mordeduras de serpientes venenosas en el norte de la Amazonía del Ecuador (2017-2021). *Biomédica*. 2023;43:93-106. doi: 10.7705/biomedica.6587
11. Abdulcadre Ibraimo FA. Conhecimento das unidades hospitalares sobre o tratamento de mordidas de serpentes na provincia de Nampula e Cabo Delgado [trabalho de culminação do curso] [Internet]. Pemba: Universidade Lúrio; 2023 [cited 2023 Aug 23]. Available from: <https://www.researchgate.net/profile/Faira-Ibraimo/publication/CONHECIMENTO-DAS-UNIDADES-HOSPITALARES-SOBRE-O-TRATAMENTO-DE-MORDIDAS-DE-SERPENTES-NA-PROVINCIA-DE-NAMPULA-E-CABO-DELGADO-Autor-Faira-Armando-Abdulcadre-Ibraimo.pdf>
12. Farooq H, Bero C, Guilengue Y, Elias C, Massingue Y, Mucopote I, et al. Snakebite incidence in rural sub-Saharan Africa might be severely underestimated. *Toxicon*. 2022;219:106932. doi: 10.1016/j.toxicon.2022.106932.
13. Cavalcante JS, Almeida DE, Santos-Filho NA, Sartim MA, Baldo AA, Brasileiro L, et al. Cross-talk of Inflammation and Coagulation in *Bothrops* Snakebite Envenoming: Endogenous Signaling Pathways and Pathophysiology. *Int J Mol Sci*. 2023;24(14):11508. doi: 10.3390/ijms24141150

14. Simões de Oliveira PR. Venenos e envenenamentos por serpentes de importância médica em Angola [tese de doutoramento] [Internet]. Porto: Faculdade de Farmacia, Universidade do Porto; 2018 [cited 2023 Aug 23]. Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/113297/2/274945.pdf>
15. Silva WD, Andrade SA, Megale AAA, Souza DA, Sant'Anna OA, Magnoli FC, et al. Antibodies as Snakebite Antivenoms: Past and future. *Toxins (Basel)*. 2022;14(9):606. doi: 10.3390/toxins14090606
16. Nascimento AB, Lima BA, Silva Júnior AB, Lemos ALC, Santos RVS, Nascimento LCGB. Incidência de acidentes ofídicos no estado de Sergipe: uma revisão de literatura associada a estudo ecológico. *Res Soc Dev*. 2023;12(4):e30012441364. doi: 10.33448/rsd-v12i4.41364
17. Duda R, Monteiro MR, Vernick TG. Integrating lay knowledge and practice into snakebite prevention and care in central Africa, a hotspot for envenomation. *Toxicon X*. 2021;11:100077. doi: 10.1016/j.toxcx.2021.100077
18. World Health Organization. Regional Action Plan for prevention and control of snakebite envenoming in the South-East Asia 2022–2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2023 Feb 5 [cited 2023 Aug 23]. Available from: <https://www.who.int/news/item/05-02-2023-regional-action-plan-for-prevention-and-control-of-snakebite-envenoming-in-south-east-asia-2022-2030#:~:text=The%20Regional%20Action%20Plan%20for,in%20the%20Region%20by%202030>
19. Chippaux JP, Massougbodji A, Habib AG. The WHO strategy for prevention and control of snakebite envenoming: a sub-Saharan Africa plan. *J Venom Anim Toxins incl Trop Dis*. 2019:e20190083. doi: 10.1590/1678-9199-JVATITD-2019-0083
20. Dalhat MM, Potet J, Mohammed A, Chotun N, Tesfahunei HA, Habib AG. Availability, accessibility and use of antivenom for snakebite envenomation in Africa with proposed strategies to overcome the limitations. *Toxicon X*. 2023;8:100152. doi: 10.1016/j.toxcx.2023.100152
21. Azevedo LRP, Rodrigues KC, Macedo VPR, Faria CA. Perfil clínico-epidemiológico dos acidentes ofídicos ocorridos no Brasil. *Saúde Colet (Barueri)*. 2021;11(61):4876-87. doi: 10.36489/saudede coletiva.2021v11i61p4876-4887
22. Instituto Nacional de Estatística. Características dos Jovens em Angola População e Sociedade (IDREA 2018 - 2019) [Internet]. Luanda: INE; 2020 [cited 2023 Aug 23]. Available from: [Publicacao_637692021905300155.pdf \(gov.ao\)](#).
23. Feitosa SB, Mise YF, Mota ELA. Ofidismo no Tocantins: análise ecológica de determinantes e áreas de risco, 2007-2015. *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(4):e2020033. doi: 10.5123/S1679-49742020000400016

24. Silva SF, Vietta GG, Pereira EC. Perfil epidemiológico dos acidentes causados por serpentes peçonhentas no estado de Santa Catarina, no período de 2007 a 2019 [trabalho de conclusão de curso] [Internet]. Palhoça [SC]: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2020 [cited 2023 Aug 23]. Available from: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/16304/1/Artigo%20PDF-A.pdf>
25. Oliveira P, Baldaia N, Campos J, Gaspar CH. Síndrome Compartimental em Envenenamento por mordedura de serpente Bitis arietans em Angola: caso clínico. RevSALUS. 2023;5(Sup):83. doi: 10.51126/revsalus.v5iSup.609

Sobre os autores

Rodelin Oliveros Oliveros. Faculdade de Medicina da Universidade Rainha Njinga a Mbande, Especialista em Toxicologia Clínica e em Medicina Familiar. Investigador do Centro de Investigação e Informação de Medicamentos e Toxicologia (CIMETOX), Angola. ORCID:0000-0002-0007-3184. Telemóvel: + 244 927593314. E-mail: cimetox@uninjingambande.ed.ao

Manuel João de Lemos. Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto. PhD em Saúde Pública, Médico e Docente do Departamento de Ensino, Investigação de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto. ORCID: 0000-0001-6186-4070. Telemóvel: + 244 922609862. E-mail: manuel.lemos90@yahoo.com.br

Raúl Feio. Faculdade de Medicina da Universidade Rainha Njinga a Mbande. Especialista em Saúde Pública; Médico Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto. Telemóvel: +244923364552 E-mail: feirjlopes@gmail.com

Ema Fernandes. Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto. PhD em Saúde Pública; Médica Docente e Vice-Decana para os Assuntos Académicos da Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto. ORCID: 0000-0001-9819-0444 Telemóvel: +244923199400 E-mail: emacfernandes@hotmail.com

Tazi Nimi Maria. Faculdade de Medicina da Universidade Rainha Njinga a Mbande. PhD em Saúde Pública; Médica Docente e Decana da Faculdade de Medicina da Universidade Rainha Njinga a Mbande. ORCID:0000-00033923-3672. Telemóvel: +244943170834. E-mail: tazimaria@uninjingambande.ed.ao

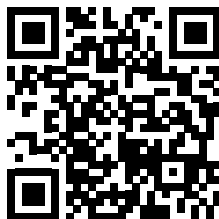
Autor Correspondente:

Rodelin Oliveros Oliveros

Rua Sacadura Cabral, Centro Urbano de Malanje, Malanje, Angola: cimetox@uninjingambande.ed.ao

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



MIGRAÇÃO EM PORTUGAL E NA EUROPA: DETERMINANTES E IMPACTO NA SAÚDE

Migration in Portugal and Europe: determinants and impact on health

Migracion au Portugal et en Europe: déterminants et impact sur la santé

Rita Sá Machado

Resumo

A magnitude e a transcendência do fenómeno migratório colocam desafios para a saúde global, não apenas pelos desafios inerentes para a saúde e bem-estar da população migrante, mas também para a saúde das populações de origem e de acolhimento. O conhecimento dos determinantes de migração, dos fatores que impulsionam o movimento populacional e do contexto em que este é feito, assim como dos principais problemas de saúde dessa população e das dificuldades de acesso a cuidados de saúde, permite a implementação de respostas direcionadas. Responder às necessidades de saúde da população migrante é potencialmente agir sobre situações de vulnerabilidade, quer seja por xenofobia, discriminação, más condições de vida, de habitação e de trabalho, quer seja pelo acesso inadequado aos serviços de saúde. A melhoria dos resultados em saúde desse grupo populacional que pode ter maior vulnerabilidade ou risco só é possível com uma abordagem de saúde pública inclusiva, tendo em conta o diagnóstico de desigualdades e de iniquidades em saúde. O objetivo deste capítulo, no contexto dos Determinantes Sociais da Saúde, foi refletir sobre os conceitos básicos de migração e saúde, os determinantes do fenómeno de migração e o impacto para a saúde, salientando a sua importância para a agenda da saúde global.

Palavras-chave: Migrantes. Refugiados. Sistemas de Saúde. Saúde Global.

Résumé

La magnitude et la complexité du phénomène migratoire posent des défis à la santé mondiale, non seulement en raison des enjeux inhérents à la santé et au bien-être de la population migrante, mais aussi à la santé des populations d'origine et d'accueil.

La connaissance des déterminants de la migration, des facteurs de déplacement des populations et du contexte dans lequel ils s'inscrivent, ainsi que des principaux problèmes de santé de cette population et des difficultés d'accès aux soins, permet de mettre en œuvre des réponses ciblées. Répondre aux besoins de santé de la population migrante, c'est potentiellement agir sur des situations de vulnérabilité, qu'elles soient dues à la xénophobie, à la discrimination, à de mauvaises conditions de vie, de logement et de travail ou à un accès insuffisant aux services de santé. L'amélioration des résultats sanitaires de ce groupe de population, qui peut présenter une plus grande vulnérabilité ou un risque plus élevé, n'est possible qu'avec une approche de santé publique inclusive, prenant en compte le diagnostic des inégalités et des injustices en matière de santé. L'objectif de ce chapitre, dans le contexte des déterminants sociaux de la santé, est de réfléchir aux concepts de base de la migration et de la santé, aux déterminants du phénomène migratoire et à son impact sur la santé, en soulignant son importance pour l'agenda mondial de la santé.

Mots-clés: Migrants. Réfugiés. Systèmes de Soins de Santé. Santé Mondiale.

Abstract

The magnitude and transcendence of the migratory phenomenon pose challenges for global health, not only because of the inherent challenges for the health and well-being of the migrant population, but also for the health of the populations in the countries of origin, transit and destination. The knowledge of the determinants of migration, the factors that drive population movement and the context in which it takes place, as well as the main health problems of this population and the difficulties in accessing health care, enables targeted responses to be implemented. Responding to the health needs of the migrant population means potentially acting on situations of vulnerability, whether due to xenophobia, discrimination, poor living, housing and working conditions or inadequate access to health services. Improving the health outcomes of this population group, which may have greater vulnerability or risk, is only possible with an inclusive public health approach, taking into account the diagnosis of health inequalities and inequities. The aim of this chapter, in the context of social determinants in health, is to reflect on the basic concepts of migration and health, the determinants of the migration phenomenon and its impact on health, highlighting its importance for the global health agenda.

Keywords: Migrants. Refugees. Health Care Systems. Global Health.

1. Introdução

O número de pessoas que se deslocam – dentro e fora das fronteiras – está a aumentar. Em 2020, as estimativas globais indicavam que 3,6% da população mundial era de migrantes internacionais, o que corresponde a 281 milhões de pessoas¹, mais 128 milhões do que em 1990². Estima-se que a migração interna, francamente impulsionada pelo fenómeno de globalização, seja de 740 milhões de pessoas³.

A Europa era a região com maior número de migrantes internacionais (87 milhões), com um aumento de 30 milhões desde 1990⁴; e o fluxo de refugiados e migrantes cresceu desde 2015, incluindo migração irregular. O aumento contemplou um elevado número de chegadas provenientes de África e do Médio Oriente devido à instabilidade causada por conflitos, violência, catástrofes naturais e violações dos direitos humanos nos países de origem. A rota de migração irregular mais visível para a Europa é a do Mar Mediterrâneo, em que se pensa já terem desaparecido mais de 28 mil migrantes desde 2014⁴.

A tendência crescente de migração internacional também se tem verificado em Portugal, onde, em 2022, a população estrangeira representava 7,5% da população residente. Desde 2019, o número de estrangeiros residentes em Portugal é superior a meio milhão de pessoas, tendo sido 781.915 em 2022^{5,6}. Os residentes de nacionalidade estrangeira em Portugal são, na sua maioria, oriundos do Brasil (30%), do Reino Unido (5,8%), de Cabo Verde (4,7%), da Índia (4,5%) e da Itália (4,4%); fixaram-se, principalmente, nos distritos de Lisboa, Faro e Setúbal; são do sexo masculino (52,4%); e estão em idade potencialmente ativa (77,1% têm idade entre 20 e 64 anos)⁵.

A diversidade da população migrante no país de acolhimento impõe desafios à saúde das populações. Estes podem ser exacerbados quando a migração é forçada ou quando os migrantes se deparam com problemas relacionados com diferenças culturais, desconhecem a língua do país de acolhimento, sofrem situações de xenofobia e discriminação, experienciam más condições de vida, de habitação e de trabalho, tal como acesso inadequado aos serviços de saúde⁷. Quando não é devidamente apoiada por políticas intersectoriais adequadas, a migração pode expor grupos socioeconômicos vulneráveis da sociedade, agravar desigualdades, iniquidades e dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Nesse sentido, quer em nível internacional, quer em nível nacional, tem sido reconhecido o fenómeno migratório como determinante de saúde^{8,9}, assim como a importância de atuação em função das necessidades de saúde da população migrante, a implementação de políticas públicas inclusivas e a integração dos desafios do fenómeno migratório no planeamento de serviços^{7,10}. A abordagem da migração como determinante de saúde tem sido fundamental para melhor conhecer e compreender o estado de saúde da população migrante e para atuar sobre barreiras individuais, políticas, económicas, sociais, culturais e administrativas que influenciam o acesso a cuidados de saúde e as interações com os profissionais de saúde⁸⁻¹¹.

Quadro 1. Definição de “migrante”

Terminologia
Não existe uma definição universal para “migrante”. Segundo a Organização Internacional para as Migrações (OIM), migrante é “qualquer pessoa que se desloca ou se deslocou através de uma fronteira internacional (migrante internacional) ou dentro de um país (migrante interno), para fora do seu local de residência habitual, independentemente (a) do seu estatuto jurídico; (b) se a deslocação é voluntária ou involuntária; (c) das causas da deslocação; ou (d) da duração da estadia”¹². De acordo com os regulamentos internacionais¹³, refugiado é “a pessoa que, devido a um receio fundado de ser perseguida em virtude da sua raça, religião, nacionalidade, pertença a um determinado grupo social ou opiniões políticas, se encontra fora do país de que é nacional e não pode ou, devido a esse receio, não quer beneficiar da proteção desse país”. A falta de uniformização da definição desses grupos populacionais, especialmente do conceito de “migrante”, dificulta a disponibilidade estatística de informação. Em Portugal, por exemplo, utiliza-se “nacionalidade” para estimar a população migrante, abordagem dispar de outros países. Ao utilizar essa variável administrativa, podemos estar a contabilizar indivíduos que já nasceram em Portugal, mas que detêm nacionalidade estrangeira ou, por exemplo, indivíduos que nasceram em outro país e que têm também nacionalidade portuguesa¹⁴. A distinção entre refugiados e migrantes torna-se importante já que esses grupos populacionais se regem por quadros jurídicos distintos – no caso dos refugiados, estes têm direito a proteção internacional, incluindo direito à saúde; já quanto aos migrantes, os direitos e o acesso a serviços de saúde são determinados pelos contextos, prioridades e legislação nacional, assumindo o estatuto migratório (regular <i>versus</i> irregular) um papel preponderante. Neste capítulo, opta-se por utilizar “migrante” em vez de “imigrante” e “emigrante”, para dar maior abrangência ao termo. Para simplificação de linguagem, e não obstante as explicações acima referidas sobre as distinções entre “migrante” e “refugiado”, neste capítulo, opta-se por referir “migrantes” quando referimos ambos os grupos populacionais. Quando é necessária a distinção entre os grupos, devido a diferenças relevantes, utiliza-se “migrante” e “refugiado” de forma independente.

Diante o exposto, o objetivo deste capítulo consiste em refletir sobre os conceitos básicos de migração e saúde, os determinantes do fenómeno de migração e o impacto para a saúde, salientando a sua importância para a agenda da saúde global.

2. Desenvolvimento

2.1 Migração como determinante de saúde

O movimento populacional inclui movimentos esperados ou inesperados, voluntários ou forçados, permanentes ou temporários, e que ocorrem em nível individual, familiar ou em agregado¹⁵. Os fatores que compelem esse fenómeno podem ser económicos, demográficos, ambientais, sociais ou políticos. Estes podem ser “*push factors*”, quando estão associados ao local de origem, tendo como exemplos pobreza, instabilidade política, económica e social, conflito, violência, crise humanitária, catástrofe natural e insegurança alimentar; ou “*pull factors*”, se associados ao local de destino, incluindo

melhoria das condições ou qualidade de vida, segurança financeira, reunificação familiar, ou acesso a saúde e educação^{15,16}.

O estado de saúde e o bem-estar da população migrante e da população de acolhimento podem ser afetados por circunstâncias ao longo de todo o processo migratório¹⁷: desde o perfil epidemiológico dos países de origem e acolhimento, o estado de saúde do migrante na origem, o estatuto migratório, até práticas culturais, condições de vida e acesso a cuidados de saúde nos países de trânsito e destino.

Apesar de a população migrante ser afetada pelos mesmos determinantes que a restante população, o estatuto migratório pode colocar uma camada extra de complexidade, com impacto deletério no estado de saúde. O risco de piores resultados em saúde nessa população deve-se não apenas ao impacto direto e indireto dos determinantes políticos, sociais, económicos, ambientais, comportamentais, culturais, comerciais e os associados ao sistema de saúde⁷, mas também à interação entre determinantes e com o indivíduo, ao longo do percurso de vida.

Exemplos de determinantes que influenciam a saúde e o bem-estar da população migrante incluem os comportamentos e as características individuais (genética, sexo, gênero, idade), o ambiente social e económico (educação, literacia em saúde, estatuto social, rendimento, condições e tipologia de trabalho, redes de apoio social, fatores culturais e acesso a serviços de saúde); e o ambiente físico (água e alimentação adequadas, ambiente salutar, habitação segura)⁷.

A diversidade e a complexidade do fenómeno migratório e a realização de que esse é um determinante da saúde das populações impulsionaram progressos consideráveis no panorama internacional em matéria de migração e saúde. Em 2008, a 61ª Assembleia Mundial da Saúde (AMS) aprovou a primeira resolução em prol da saúde dos migrantes (WHA 61.17), requerendo aos Estados-Membros que implementem políticas que vão ao encontro das necessidades de saúde dos migrantes, tornando os sistemas de saúde mais inclusivos a essa população. Em 2016, os países da Região Europeia da OMS acordaram uma estratégia e um plano de ação para a Região nessa matéria¹⁸. Em 2019, e após dois anos de consultas com Estados-Membros e parceiros, a 72ª AMS ratificou o plano de saúde global para promoção da saúde dos migrantes e refugiados¹⁹, plano que foi estendido até 2030 pela 76ª AMS²⁰.

O tema de migração e saúde foi igualmente incluído em outras resoluções das Nações Unidas, incluindo na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável²¹, no Pacto Global sobre Refugiados²², no Pacto Global para as Migrações²³ e na declaração política das Nações Unidas de 2019 sobre a cobertura universal de saúde²⁴. Esta última reafirma o mote da Agenda 2030 “*leaving no one behind*”²¹ e apela aos Estados que respondam às necessidades e às vulnerabilidades dos migrantes (quadro 2).

Quadro 2. Referência à migração e saúde das principais resoluções das Nações Unidas

Resolução das Nações Unidas	Importância para o tema de migração e saúde
Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: 10.7 – Facilitar a migração e a mobilidade das pessoas de forma ordenada, segura, regular e responsável, inclusive através da implementação de políticas de migração planeadas e bem geridas 3.8 – Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais para todos de forma segura, eficaz, de qualidade e a preços acessíveis
Pacto Global sobre Refugiados	Objetivo 2.3 – Saúde: [...] expandir e melhorar a qualidade dos sistemas nacionais de saúde, a fim de facilitar o acesso dos refugiados e das comunidades de acolhimento, incluindo as mulheres e as raparigas; as crianças, os adolescentes e os jovens; os idosos; as pessoas com doenças crónicas, incluindo a tuberculose e o VIH; os sobreviventes do tráfico de seres humanos, da tortura, de traumas ou da violência, incluindo a violência sexual e a violência baseada no gênero; e as pessoas com deficiência. Dependendo do contexto, isto pode incluir [...] desenvolvimento de capacidades e de oportunidades de formação para os refugiados e os membros das comunidades de acolhimento que são ou podem ser contratados como profissionais de saúde [...]. Objetivo 1.3 – Segurança e proteção: [...] o ACNUR e as partes interessadas contribuirão com recursos e conhecimentos especializados para apoiar disposições sensíveis à proteção que permitam um rastreio de segurança e avaliações de saúde atempadas dos recém-chegados.
Pacto Global para as Migrações	Objetivo 15 – Proporcionar acesso a serviços básicos para os migrantes Objetivo 2 – Minimizar os fatores adversos e estruturais que obrigam as pessoas a abandonar o seu país de origem Objetivo 6 – Facilitar um recrutamento justo e ético e salvaguardar condições que garantam um trabalho digno Objetivo 7 – Abordar e reduzir as vulnerabilidades na migração Objetivo 16 – Capacitar os migrantes e as sociedades para a plena inclusão e coesão social Objetivo 22 – Estabelecer mecanismos para a portabilidade dos direitos de segurança social e das prestações auferidas
Declaração política das Nações Unidas de 2019 sobre a cobertura universal de saúde	Parágrafo 70 – Assegurar que ninguém é deixado para trás, [...] bem como capacitar as pessoas vulneráveis ou em situação de vulnerabilidade e dar resposta às suas necessidades de saúde física e mental [...] incluindo todas as crianças, jovens, pessoas com deficiência, pessoas que vivem com VIH/SIDA, idosos, povos indígenas, refugiados e pessoas deslocadas internamente e migrantes.

No panorama político europeu, a prioridade da UE tem sido providenciar apoio aos países que acolhem um número elevado de migrantes, disponibilizando apoio financeiro para que essa população seja integrada nos sistemas de saúde nacionais e a fim de que os profissionais de saúde sejam treinados²⁵. Em 2016, a Comissão Europeia (CE) aprovou um plano de ação para integração de nacionais não UE nos países da UE e, em 2020, a CE apresentou o Novo Pacto de Migração e Asilo, mencionando a saúde e os cuidados de saúde dos migrantes, pela sugestão de introduzirem avaliações de saúde para permitir uma identificação precoce das potenciais necessidades de saúde do migrante²⁵.

No caso de Portugal, a Constituição²⁶ e o Despacho nº 25 360/2001, de 12 de dezembro²⁷, dão o componente legal que garante que todos os cidadãos em território nacional têm direito à proteção da saúde. O PNS 2021-2030 faz também referência à população migrante, salientando a necessidade de identificar grupos populacionais de maior vulnerabilidade ou risco, e satisfazer as suas necessidades em saúde²⁸.

2.2 Impacto da migração na saúde: principais problemas de saúde da população migrante

A mortalidade e a morbilidade na população migrante são determinadas pela tipologia e diversidade dos grupos de migrantes – migrantes laborais ou climáticos, deslocados internos, refugiados, requerentes de asilo, migrantes irregulares – assim como por fatores associados a cada fase do processo migratório^{7,11}. À chegada ao país de destino, o estado de saúde do migrante depende, essencialmente, do perfil epidemiológico do país de origem e das características do processo migratório. À medida que o tempo de residência aumenta no país de acolhimento, e mediante as condições da sua integração (trabalho, habitação, acesso a cuidados de saúde, entre outros), o perfil de saúde do migrante aproxima-se ao da população autóctone⁷.

Alguns grupos de migrantes podem ter melhores resultados em saúde à chegada ao país de destino em comparação com a população de acolhimento; no entanto, grupos específicos de migrantes (por exemplo, refugiados, requerentes de asilo e migrantes irregulares) podem exibir um risco elevado de apresentarem piores indicadores de saúde^{7,29}. Nesse contexto, a experiência do processo migratório poderá ter um papel relevante nos maus indicadores de saúde, especialmente quando as condições de vida e trabalho durante a viagem entre países de origem e acolhimento foram inadequadas; exposição a tortura e violência; existência de políticas restritivas de entrada e integração; e exposição a situações de exclusão social e estresse de aculturação⁷.

A experiência da migração aumenta a vulnerabilidade dos migrantes a doenças não transmissíveis e transmissíveis específicas⁷. O acesso à imunização e a continuidade dos cuidados são mais difíceis de assegurar quando as pessoas se deslocam ou quando o seu estatuto migratório é irregular, o que pode aumentar a vulnerabilidade dos migrantes a essas doenças. A população migrante está em risco particular de doença cardiovascular, hipertensão, diabetes, doença respiratória crônica e cancro, que é frequentemente diagnosticado tardiamente. No que concerne às doenças transmissíveis, os estudos demonstram que não existe correlação direta entre a migração e a prevalência de doenças transmissíveis, contudo, a suscetibilidade dessa população a infecções pode estar aumentada devido a fatores de risco ambientais que os migrantes enfrentam nas suas condições de vida e trabalho⁷.

A evidência científica disponível sugere que a população migrante tende a apresentar maior sofrimento mental, exacerbado pela falta de apoio social, por vivência de situações de estresse pós-migração, receio de detenção ou deportação. Dificuldades financeiras, insegurança do estatuto migratório, exposição a comportamentos xenófobos e discriminatórios, existência de barreiras ao acesso aos cuidados de saúde podem contribuir para uma pior saúde mental⁷.

Em Portugal, a análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2014 revelou que a população migrante se apresentava mais saudável do que a população portuguesa³⁰. Esse resultado foi também visto na análise da informação do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento, em que, de forma geral, a população migrante demonstrava indicadores de saúde mais favoráveis do que os portugueses¹⁰. Contudo, exibia maior probabilidade de sofrer de doença crônica ou apresentar comportamentos de risco à medida que o tempo de estadia no país aumentava³⁰.

2.3 Acesso aos serviços de saúde da população migrante

A saúde é um direito humano fundamental para todos, incluindo para os migrantes. Estar e manter-se saudável é condição prévia para trabalhar, contribuir para a produtividade e para o desenvolvimento social e econômico das comunidades de origem, trânsito e de destino. Conseguir aceder a serviços de saúde de qualidade é essencial para uma melhor integração dessa população e permite que os migrantes contribuam melhor para o desenvolvimento sustentável.

Conforme os acordos e a legislação internacional, acesso a cuidados de saúde de elevada qualidade, sem discriminação com base no gênero, idade, religião, nacionalidade ou raça, independentemente do seu estatuto migratório, deve ser assegurado para a população migrante. Mesmo quando um país tem políticas inclusivas de acesso

a serviços de saúde à população migrante, podem existir barreiras formais e informais que impedem o acesso³¹: individuais (sexo, idade, crenças em saúde, baixos níveis de literacia em matéria de saúde), administrativas (horários de abertura dos serviços de saúde, falta de prestador de cuidados, profissionais de saúde com capacidade inadequada para prestar cuidados à população migrante, falta ou má utilização de serviços de interpretação), económicas (impossibilidade de faltar ao trabalho, sem disponibilidade financeira para pagamento de consultas ou medicamentos), sociais (diferenças culturais e linguísticas, preconceitos pessoais, visões estereotipadas, racismo individual), políticas (acesso restrito aos cuidados de emergência ou exclusão dos programas de saúde pública que promovem e protegem a saúde das populações), entre outras^{7,29}.

A utilização de serviços de saúde por parte da população migrante é, na sua maioria, inferior à da população autóctone¹⁰, no âmbito dos cuidados de saúde primários e adesão a programas de rastreio populacional. Proporcionalmente, o acesso a cuidados de saúde dessa população é realizado por meio do serviço de urgência^{11,31}.

2.4 Sistemas de saúde robustos, seguros e sensíveis às necessidades dos migrantes

Para poder alcançar cobertura universal de saúde, é importante reforçar a capacidade dos sistemas de saúde e torná-los aptos a responder às necessidades de todas as populações, incluindo os migrantes. Isso significa serviços de saúde inclusivos, tendo como pilares basilares profissionais de saúde capacitados, sensíveis e competentes.

Em 2021, a OMS publicou normas de competências globais para profissionais de saúde na área da migração e saúde³², realçando competências para serem incorporadas na educação, formação e desenvolvimento profissional dos profissionais de saúde a prestar cuidados culturalmente sensíveis à população migrante. Isso porque a população migrante, quando chega ao país de destino, tem experiências e expectativas potencialmente diferentes em relação aos cuidados de saúde, com base nos sistemas de saúde dos seus países de origem. Os profissionais de saúde devem, assim, estar preparados para compreender que crenças, atitudes e práticas diferem de cultura para cultura, e explorar essas diferenças é o primeiro passo para estabelecer a confiança e a relação com os doentes e as famílias com diversidade cultural e linguística. Em acréscimo, as comunidades migrantes enfrentam, frequentemente, barreiras ao acesso e desigualdades na prestação de cuidados de saúde em comparação com outros grupos da sociedade.

Existem outras medidas que podem ajudar a tornar os cuidados de saúde culturalmente mais sensíveis³², incluindo envolver profissionais de saúde de diferentes culturas ou bilíngues, utilizar sinalética reconhecida internacionalmente para facilitar a comu-

nicação, acautelar considerações culturais e religiosas ao abordar as necessidades de alojamento, nutricionais e espirituais das pessoas, utilizar recursos traduzidos que sejam adequados à literacia em saúde e às necessidades culturais das pessoas, entre outros.

Devido ao seu estatuto migratório, os migrantes irregulares optam, repetidamente, por não aceder a serviços de saúde com receio de deportação ou discriminação. A introdução de barreiras de proteção entre os prestadores de cuidados de saúde e as autoridades responsáveis pela aplicação da lei da imigração tem de ser assegurada. Além disso, como muitas vezes os migrantes não têm capacidade económica para participar em iniciativas de promoção da saúde, de proteção da saúde e de cuidados médicos, é necessário que existam mecanismos eficazes de proteção financeira para lhes permitir aceder a cuidados de saúde.

A implementação de sistemas de saúde sensíveis às necessidades de saúde dos migrantes beneficiaria de: a) desenvolvimento de sistemas de monitorização que permitam a identificação e o acompanhamento da implementação de normas relativas à prestação de serviços de saúde, à gestão organizacional e à governação; b) criação de uma comunidade de boas práticas entre os setores e os serviços que trabalham com a população migrante; c) participação dos indivíduos e das comunidades no desenho da prestação de cuidados e na concepção de informação sobre a saúde e o acesso aos cuidados de saúde para a população migrante³².

3. Conclusão

A relação entre o processo migratório e o estado de saúde dos migrantes é complexa e diversificada, em que os fatores sociais, económicos, individuais e culturais detêm um papel relevante. A proteção da saúde da população migrante, assim como da população de destino, depende do conhecimento das condições que condicionam o fenómeno migratório, do seu contexto, dos quadros legais e políticos em vigor em nível internacional e nacional, do perfil epidemiológico dos países de origem, trânsito e destino, e da organização dos sistemas de saúde. Enquanto determinante da saúde, a migração pode conduzir ou agravar desigualdades em saúde, expor iniquidades, ou tornar vulnerável a população a riscos em saúde, doenças não transmissíveis e doenças transmissíveis.

Nesse sentido, a promoção do acesso equitativo aos serviços de saúde para a população migrante pode ser uma oportunidade de conseguir agir nos determinantes de saúde, o que irá, por sua vez, ter um impacto na saúde das comunidades. Priorizar a criação ou o fortalecimento de sistemas e políticas de saúde inclusivos para os migrantes é factível e é custo-efetivo, beneficiando não só a população migrante, mas também

as populações autóctones⁷. No entanto, muitas das ações necessárias em prol da saúde dos migrantes não estão na esfera da saúde, demonstrando a relevância de criar parcerias e abordagens multisetoriais, não apenas na área governativa, mas em toda a sociedade. Atuar nos determinantes de saúde, portanto, significa eliminar causas sociais e econômicas de morbidade e mortalidade, uma condição primordial para melhorar a saúde e bem-estar das populações, incluindo os migrantes¹⁰.

Referências

1. McAuliffe M, Triandafyllidou A, editors. World Migration Report 2022. Geneva: International Organization for Migration (IOM); 2021.
2. McAuliffe M, Khadria B, editors. World Migration Report 2020. Geneva: International Organization for Migration (IOM); 2019.
3. United Nations Development Programme. Human Development Report 2009. New York: UNDP; 2009.
4. Missing Migrants Project. International Organization for Migration. Migration within the Mediterranean [Internet]. IOM; 2023 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://missingmigrants.iom.int/region/mediterranean>
5. Lopes SM, Machado R. Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2022. Oeiras: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF); 2023.
6. Instituto Nacional de Estatística. População residente por Local de residência, Sexo e Grupo etário [Internet]. Lisbon: INE; 2019 [cited 2023 Dec 20]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008273&xlang=pt
7. World Health Organization. World Report on the health of refugees and migrants. Geneva: WHO; 2022.
8. Castañeda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young ME, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*. 2015;36:375-92. doi: 10.1146/annurev-publhealth-032013-182419
9. Davies A, Basten A, Frattini C. Migration: a social determinant of the health of migrants. Brussels: International Organization for Migration (IOM); 2006.
10. Oliveira CR. Indicadores de Integração de Imigrantes – Relatório Estatístico anual 2022. Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações (ACM, IP); 2022.

11. Dias S, Gama A, Silva AC, Cargaleiro H, Horta R, Lemos M, et al. Atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes. Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações (ACM, I.P.); 2018.
12. International Organization for Migration. Glossary on Migration. Geneva: IOM; 2019. Available from: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf.
13. United Nations High Commissioner for Refugees. Convention and Protocol relating to the Status of Refugees. Geneva; UNHCR; 2010.
14. Oliveira CR. Indicadores de Integração de Imigrantes: Relatório Estatístico Anual. Lisboa: Observatório das Migrações; 2022.
15. International Organization for Migration. Addressing drivers of migration, including adverse effects of climate change, natural disasters and human-made crises, through protection and assistance, sustainable development, poverty eradication, conflict prevention and resolution. New York: United Nations; 2017.
16. Van Hear N, Bakewell O, Long K. Push-pull plus: reconsidering the drivers of migration. *J Ethn Migr Stud*. 2018;44(6):927-44. doi: 10.1080/1369183X.2017.1384135
17. Gushulak B, Weekers J, Macpherson D. Migrants and emerging public health issues in a globalized world: threats, risks and challenges, an evidence-based framework. *Emerg Health Threats J*. 2009;2:e10. doi: 10.3134/ehjt.09.010
18. World Health Organization. Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.
19. World Health Organization. Promoting the health of refugees and migrants: global action plan, 2019-2023. Geneva: WHO; 2019 May 23.
20. World Health Organization. Seventy-sixth World Health Assembly. Extension of the WHO global action plan on promoting the health of refugees and migrants, 2019–2023 to 2030. New York: WHO; 2023 May 30.
21. United Nations. General Assembly. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: UN; 2015.
22. United Nations. Report of the United Nations High Commissioner for Refugees – Part II, Global compact on refugees. New York: UN; 2018.
23. Global Compact for Migration. Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration. Morocco: 23. Global Compact for Migration; 2019.

24. United Nations. Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage. New York: UN; 2019.
25. European Commission. Migrant's health Brussels: European Union [Internet]. EC; 2020 [cited 2020 Dec 20]. Available from: https://health.ec.europa.eu/social-determinants/migrants-health_en
26. Portugal. Constituição da República Portuguesa. Sétima Revisão Constitucional – 2005. Diário da República. 2005 Aug 12.
27. Portugal. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Despacho n.º 25.360/2001 (2.ª série), de 12 de dezembro. Diário da República. 2001 Dec 12.
28. Portugal. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável de todos para todos. Lisboa: DGS; 2021.
29. World Health Organization. Common health needs of refugees and migrants: literature review. Geneva: WHO; 2021.
30. Moniz M, Abrantes A, Nunes C. Healthy immigrant effect in non-European Union immigrants in Portugal: after a decade of (non-)integration! Public Health. 2020;186:95-100. doi: 10.1016/j.puhe.2020.07.006
31. Martins MR, Muggli Z, Amado R, Silva AC, Vaz D, Fronteira I. Percurso de saúde da criança imigrante: um estudo de corte para o concelho da Amadora. Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações (ACM, I.P.); 2023.
32. World Health Organization. Refugee and migrant health: global competency standards for health workers. Geneva: WHO; 2021.

Sobre a autora

Rita Sá Machado. Mestre; Diretora-Geral de Saúde, Ministério da Saúde de Portugal. ORCID: 0000-0002-6019-9520. E-mail: samachado.rita@gmail.com

O projeto Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde – LEIASS é fruto de um esforço conjunto do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa – IHMT (Portugal) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (Brasil). As duas instituições têm buscado ampliar seus intercâmbios e cooperação, com o intuito de difundir o conhecimento produzido nos dois países, em proveito de todos os demais, especialmente dos membros da Comunidade de Países de Língua Portuguesa – CPLP.

Assim, essa linha editorial visa especialmente à produção e à difusão de conhecimentos e evidências que interessam a todos os povos de língua portuguesa, além de contribuir para com o enriquecimento da produção científica internacional sobre temas sanitários que têm requerido a atenção de governos e instituições de todo o mundo.
