

---

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<sup>1,2</sup>.

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 alimentar<sup>3</sup>. 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 gerações<sup>4</sup>.

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 renda<sup>5</sup>.

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 intersetorial ampla. A “Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde”<sup>2</sup> 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 tema<sup>2</sup>.

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+20<sup>6</sup>. 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 sustentabilidade<sup>7</sup>.

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<sup>8,9</sup>.

## **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, assegaran-

do que as gerações futuras também tenham suas necessidades atendidas<sup>10</sup>. 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<sup>10,11</sup>.

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<sup>12,13</sup>. 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 Agenda<sup>14</sup>. 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 saúde<sup>15-17</sup>.

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<sup>18,19</sup>. 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<sup>10,20</sup>.

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 sustentável<sup>10</sup>.

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 específicos<sup>9</sup>. 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.<sup>21</sup>.

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 campo<sup>21</sup>.

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 envolvidos<sup>22</sup>. 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<sup>21,23</sup>.

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<sup>20,24</sup>.

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 exhibe 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 infeções 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 Planejamento 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%
3b1c PCV	-16%	-4%		23%	-39%		7%		10%	
Doenças infecciosas	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%
	335 NTDS	-75%	89%	95%	99%	36%	99%	-517%	73%	99%
Doenças não-transmissíveis	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%
1a2 Investimentos em saúde	30%	44%	73%	-14%	-49%	6%	45%	-47%	17%	
Sistemas de saúde e cobertura	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%
	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 pública<sup>25</sup>. 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 interesse<sup>26</sup>. 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 esforços<sup>25</sup>.

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 local<sup>27</sup>. 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 efeitos<sup>3</sup>.

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 anteriores<sup>25</sup>.

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 melhora<sup>28</sup>.

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 sustentáveis<sup>29</sup>.

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 restrito<sup>25</sup>. 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 envolvidos<sup>26</sup>. 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 climáticas<sup>26</sup>.

### 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 específicos<sup>20</sup>.

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](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](mailto: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