
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
Lais Santos de Magalhães Cardoso
Alanna Gomes da Silva
Guilherme Augusto Veloso
Zulmira M. A. Hartz
Paulo Ferrinho
Fernando Passos Cupertino de Barros
Albano Vicente Lopes 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 a utilisé 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.
<p>Fonte: Traduzido e adaptado de GBD 2021 – https://vizhub.healthdata.org/sdg/</p> <p>*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.</p>		

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	Moçambique	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 contraceção	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

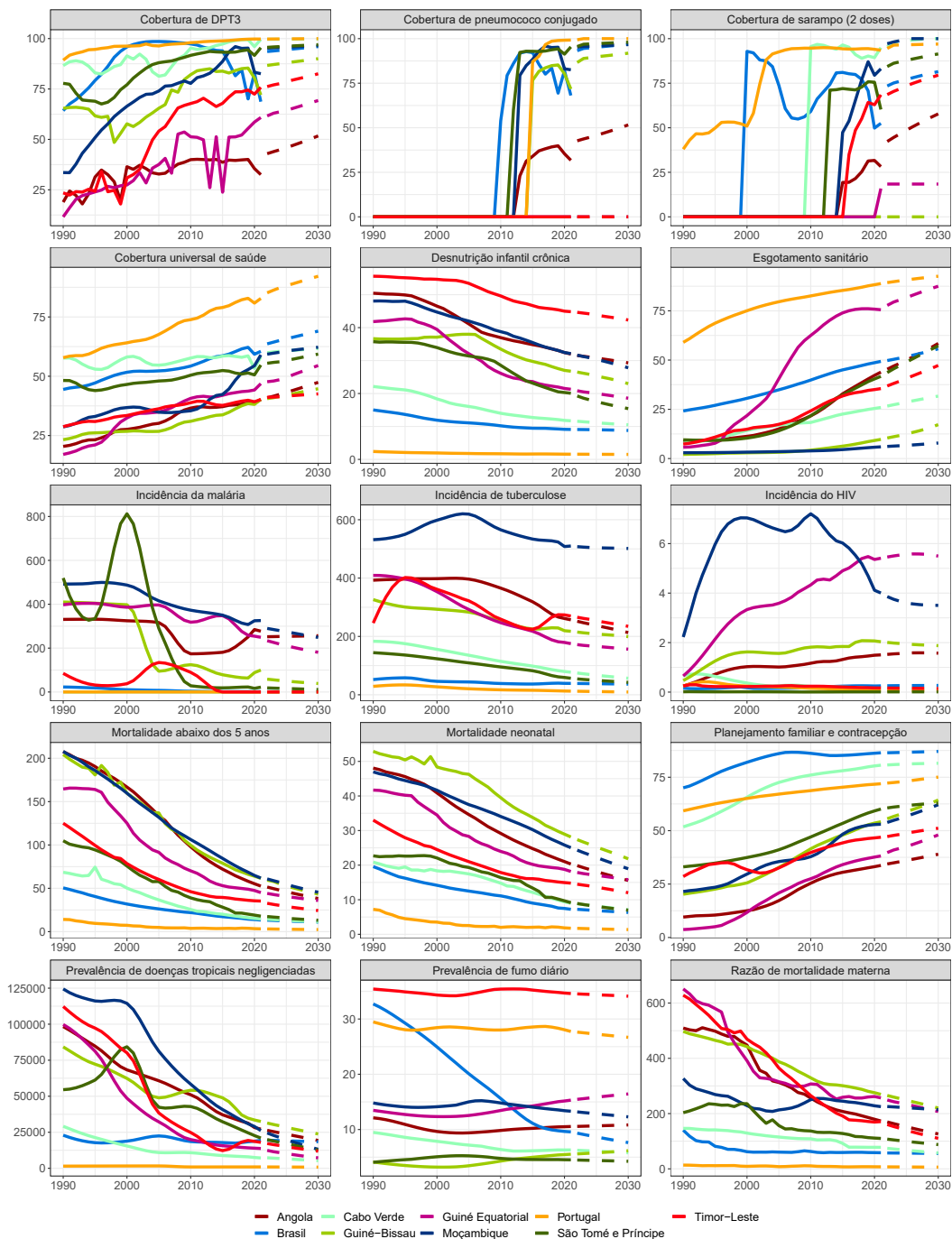
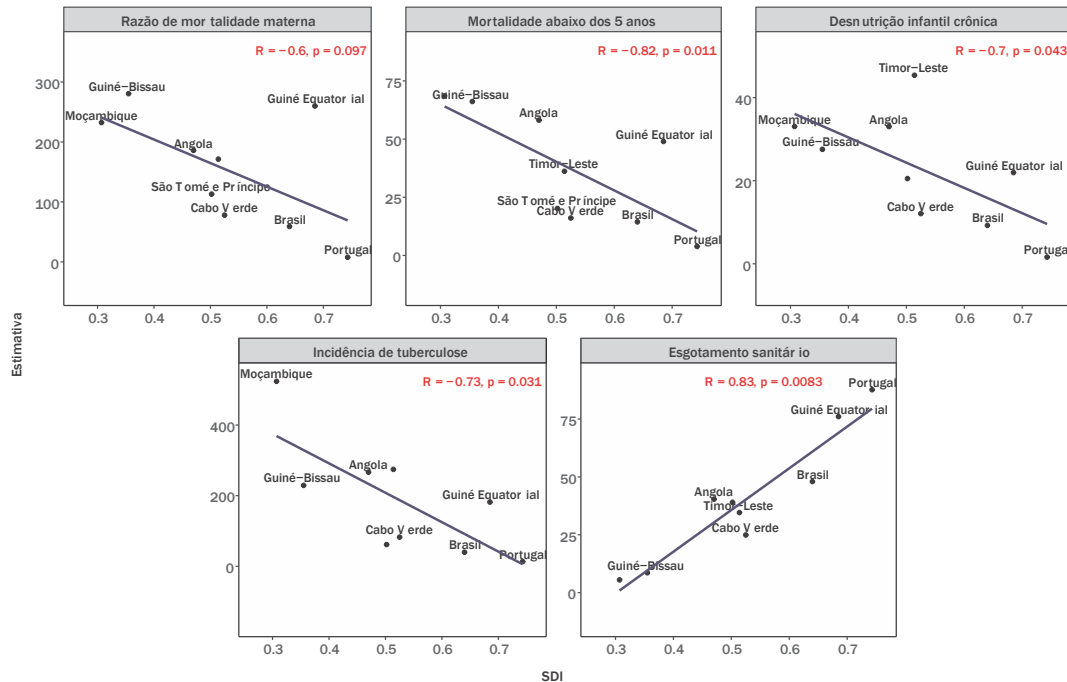


Figura 3. Correlação entre indicadores selecionados nos países da CPLP e o Índice Sociodemográfico (SDI), 2021



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, taxaço 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 out. 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

Lais 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 Vicente Lopes Ferreira. Doutor. Universidade Katyavala Bwila, Faculdade de Medicina, Benguela, Angola. ORCID: 0000-0002-4225-707X

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