
OS (DES)LAÇOS ENTRE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS EM SAÚDE URBANA – A EXPERIÊNCIA DO PROJETO UPHI-STAT NA CIDADE DA PRAIA, CABO VERDE

António Pedro Delgado¹

Daniela Alves²

Zélia Santos³

Isabel Craveiro⁴

Miguel Amado⁵

Luzia Gonçalves²

1. MD, MPH, PhD. Universidade de Cabo Verde, CP 379-C, Zona K do Palmarejo Grande, 7943-010, Praia, Santiago, Cabo Verde. Global Health and Tropical Medicine (GHTM), Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa (IHMT-NOVA), Rua da Junqueira, 100, 1348-009 Lisboa, Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9292-0378>

2. MSc. Global Health and Tropical Medicine (GHTM), Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa (IHMT-NOVA), Rua da Junqueira, 100, 1348-009 Lisboa, Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6709-0504>

3. PhD. Instituto Politécnico de Lisboa, H&TRC-Health & Technology Research Center; (ESTeSL) Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Lisboa, Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9806-5854>

4. PhD. Global Health and Tropical Medicine (GHTM), Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa (IHMT-NOVA), Rua da Junqueira, 100, 1348-009 Lisboa, Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4348-1986>

5. PdD. CERIS – Civil Engineering Research and Innovation for Sustainability, IST, Av^o Rovisco Pais, 1, 1049-001 Lisboa, Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9152-4226>

6. PhD. Global Health and Tropical Medicine (GHTM), Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa (IHMT-NOVA), Rua da Junqueira, 100, 1348-009 Lisboa, Portugal. Centro de Estatística e Aplicações da Universidade de Lisboa (CEAUL), Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, Campo Grande, Edifício C1749-016 Lisboa, Portugal. z-Stat4life, Espaço Cowork Baldaya, Palácio Baldaya, Estrada de Benfca N^o 701A – 1549-011 Lisboa, Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9710-1945>

RESUMO

O projeto UPHI-STAT “*Planeamento Urbano e Desigualdades em Saúde – passando das estatísticas macro para as micro*”, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia de Portugal, foi implementado em três zonas da cidade da Praia, em Cabo Verde, tendo como objetivo pesquisar como a morfologia urbana e as desigualdades socioeconômicas e culturais afetam a saúde dos residentes. Aproveitando essa vasta experiência, este trabalho aborda alguns desafios do uso da evidência científica para delinear políticas de saúde em nível local, alertando para a heterogeneidade das cidades, mesmo tendo uma área geográfica e população reduzidas, discutindo: i) a comunicação (meio acadêmico/decisores/participantes das zonas em estudo); ii) a divulgação de resultados e metodologias fora dos circuitos dos decisores políticos; iii) as quebras do financiamento que não favorecem a continuidade da investigação localmente ou a sua expansão para outros locais, até pela “perda” da originalidade e inovação dela. A complexidade e a especificidade da dinâmica de cada cidade reforçam a importância dos estudos locais para incluir assentamentos informais nas estatísticas de saúde e para promover uma melhor saúde nessas comunidades mais pobres. Os residentes da unidade informal e as mulheres foram os grupos mais desfavorecidos em termos de resultados de saúde e variáveis socioeconômicas.

Palavras-chave: Contexto urbano, Desigualdades em saúde, Doenças não transmissíveis, Cabo Verde, África Subsariana.

RÉSUMÉ

Le projet UPHI-STAT «*Planification urbaine et inégalités de santé – passer de la macro à la micro statistique*», financé par la Fondation portugaise pour la science et la technologie, a été mis en œuvre dans trois quartiers de la capital du Cap-Vert – Praia. La recherche vise à explorer comment la morphologie urbaine et les inégalités socio-économiques et culturelles affectent la santé des habitants. Profitant de cette vaste expérience, ce travail aborde certains défis de l’utilisation des preuves scientifiques pour concevoir des politiques de santé au niveau local, alertant sur l’hétérogénéité des villes, même avec une zone géographique et une population réduites, discutant: i) de la communication (environnement universitaire /décideurs/acteurs des domaines à l’étude); ii) la diffusion des résultats et des méthodologies en dehors des circuits des décideurs politiques; iii)

les insuffisances de financement qui ne favorisent pas la continuité de la recherche localement ou son expansion vers d'autres lieux, notamment en raison de la "perte" de son originalité et de son innovation. La complexité et la spécificité de la dynamique de chaque ville renforcent l'importance des études locales pour inclure les établissements informels dans les statistiques de santé et pour promouvoir une meilleure santé dans ces communautés les plus pauvres. Les résidents des unités informelles et les femmes étaient les groupes les plus défavorisés en termes de résultats de santé et de variables socio-économiques.

Mots clés: Contexte urbain, Inégalités de santé, Maladies non transmissibles, Cabo Verde, Afrique Subsaharienne.

ABSTRACT

The UPHI-STAT project "*Urban Planning and Health Inequalities – moving from macro to micro statistics*", funded by the Foundation for Science and Technology of Portugal, was implemented in three areas of the city of Praia, in Cape Verde, with the objective of researching how urban morphology and socio-economic and cultural inequalities affect the health of the resident population. Taking advantage of this vast experience, this work addresses some challenges of the use of scientific evidence to delineate health policies at the local level, alerting to the heterogeneity of cities, even having a reduced geographical area and population, discussing: i) communication (academic environment/ decision-makers/ participants of the areas under study); ii) the dissemination of results and methodologies outside the circuits of policy makers; iii) the funding breaks that do not favor the continuity of research locally or its expansion to other locations, even by the "loss" of its originality and innovation. The complexity and specificity of the dynamics of each city reinforce the importance of local studies to include informal settlements in health statistics and to promote better health in these poorer communities. Informal unit residents and women were the most disadvantaged groups in terms of health outcomes and socio-economic variables.

Keywords: Urban Context, Health Inequalities, Noncommunicable Diseases, Cabo Verde, Sub-Saharan Africa

INTRODUÇÃO

Este ensaio revisita alguns dos resultados obtidos com o projeto de investigação “Planeamento Urbano e Desigualdades em Saúde – passando das estatísticas macro para as micro – UPHI-STAT” (PTDC/ATP-EUR/5074/2012), financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia de Portugal e que decorreu de 1º de junho de 2013 a dezembro de 2015, em três zonas da cidade da Praia, em Cabo Verde, no esforço de os entrelaçar de forma a fornecer evidência que possa sustentar tomadas de decisão, desenho de intervenções e execução de ações tendentes a melhorar a saúde da população, nos aspectos considerados preocupantes e que foram divulgados por intermédio de publicações em revistas científicas de abrangência internacional e em comunicações orais em reuniões nacionais e internacionais, com destaque em Cabo Verde.

O projeto de investigação, designado a partir de aqui como projeto UPHI-STAT, partiu do princípio de que os fatores sociais e físicos da saúde, incluindo as condições ambientais, assumem uma grande importância como determinantes da saúde, particularmente em África onde a crescente, desordenada e rápida urbanização tem alterado o padrão de doença, pela sobreposição de três processos de transição, descritos, entre outros autores, por Abrahams et al.¹: a transição demográfica (mudança de um período de elevada fertilidade e mortalidade para um período de baixa fertilidade e mortalidade); a transição epidemiológica (passar de uma elevada prevalência de doenças infecciosas para uma de elevada prevalência de doenças crônicas e degenerativas); e a transição nutricional (uma mudança na dieta, para dietas de elevada densidade energética e desadequadas nutricionalmente, acompanhada por mudanças nos padrões de atividade física). O projeto UPHI-STAT teve como objetivo geral explorar de que modo a morfologia urbana e as desigualdades socioeconômicas e diferenças culturais poderão afetar a saúde dos residentes de três unidades urbanas na cidade da Praia.

Em termos de objetivos específicos do UPHI-STAT, resumidamente, destacam-se:

1. Descrever a morfologia da cidade com relação aos ambientes físico e social (por exemplo, habitação, serviços, mobilidade, saúde e lazer);
2. Caracterizar cada área em termos sociodemográficos, atividade física no trabalho e lazer, dieta alimentar e alguns marcadores biológicos para as doenças cardiovasculares e obesidade;
3. Especificar o “perfil de saúde” em diferentes topologias morfológicas;
4. Fornecer evidência científica para a compreensão de como as desigualdades socioeconômicas e culturais e a morfologia da cidade afetam a saúde dos indivíduos.

A equipe de investigação incluiu diferentes profissionais com formações em áreas como a saúde pública, a estatística, o planeamento urbano, a nutrição e as ciências sociais.

A produção científica prolongou-se além de dezembro de 2015, quando terminou, oficialmente, o projeto e seu financiamento até ao presente trabalho, havendo ainda reflexões a serem feitas e lições a serem extraídas dessa vasta experiência de terreno. Ellen et al.² destacam o desafio de estabelecer a ligação entre os investigadores (produtores de conhecimento) e os decisores políticos (utilizadores desse conhecimento). Uma das abordagens usadas para ultrapassar essas lacunas existentes entre diferentes atores, interesses e linguagens é o designado processo de transferência de conhecimento, que é “um processo dinâmico e iterativo que inclui síntese, disseminação, troca e aplicação eticamente correta de conhecimento para melhorar a saúde dos cidadãos, fornecer serviços e produtos de saúde e fortalecer o sistema de cuidados de saúde”³.

Também é sabido que não é suficiente disponibilizar evidência por meio de publicações e reuniões para suportar decisões políticas, na medida em que as políticas são baseadas na interação de um conjunto diverso de evidências, por sua vez envolto no contexto institucional da formulação de políticas⁴.

O presente trabalho visa abordar alguns desafios do uso da evidência científica para delinear políticas de saúde ao nível local, alertando para a heterogeneidade das cidades, mesmo na cidade em estudo, que tem uma área geográfica e população reduzidas, discutindo as dificuldades de: i) **comunicação** (meio acadêmico/decisores/participantes das zonas em estudo); ii) **divulgação de resultados e metodologias** fora dos circuitos dos decisores políticos; iii) **quebras do financiamento** que não favorecem a continuidade da investigação em um mesmo local ou a sua expansão para outros locais, até pela “perda” da originalidade e inovação dela. No entanto, a metodologia de investigação elaborada permite que ela possa ser replicada em outros contextos e realidades urbanas, trazendo novas informações sobre esses locais ao nível micro.

Abordagens metodológicas do Projeto UPHI-STAT

As abordagens metodológicas foram descritas nas publicações associadas ao projeto UPHI-STAT⁵⁻⁸. Entre 29 de janeiro e março de 2014, foi utilizada uma estratégia de amostragem baseada na seleção aleatória de coordenadas geográficas de residências de três unidades/zonas da cidade da Praia com características distintas (Formal, Transição e Informal) em termos de planejamento urbano⁵. Resumidamente, em uma primeira fase, após a formação de 14 entrevistadores locais, foi aplicado um questionário (n=1912) – Questionário UPHI-STAT – a adultos com pelo menos 18 anos de idade a residir há, no mínimo, seis meses nas três zonas em estudo. Na segunda fase, foi realizada uma

avaliação nutricional, feita por quatro nutricionistas locais, aos participantes da primeira fase que se deslocaram a pontos específicos das zonas da cidade em estudo (n=599). Para os participantes que fizeram a avaliação nutricional e que consentiram o uso de um pedômetro, foram ainda recolhidos dados sobre o número de passos dados em deslocações a pé, durante sete dias (n=118). Após uma primeira análise dos resultados do questionário UPHI-STAT e medições antropométricas e recordatório alimentar de 24 horas, foi ainda delineada uma abordagem qualitativa, conforme se resume na figura 1.

Figura 1. Projeto UPHI-STAT: Fases da recolha de dados, tamanhos amostrais e temáticas abordadas no questionário de avaliação do estado nutricional e nos grupos focais



Aspectos Éticos

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comité Nacional de Ética e Pesquisas em Saúde de Cabo Verde, Doc. N.52/2013, e pelo Conselho de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT/UNL), Doc. N.24-2013-PI.

Produção Científica do Projeto UPHI-STAT

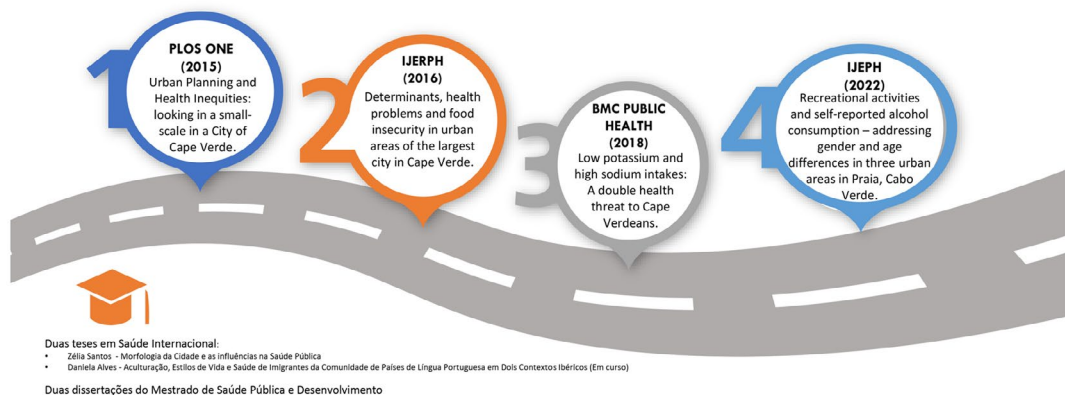
As constatações trazidas à luz pelas publicações e comunicações resultantes do projeto UPHI-STAT, realçadas a seguir, apontam para diversas facetas que, interligadas e vistas em conjunto, fundamentam mais exatamente os problemas ambientais e sociais determinantes das necessidades de bem-estar e saúde das populações, dando pistas para as urgentes intervenções requeridas para enfrentar desigualdades socioeconômicas e culturais realçadas nas áreas em estudo (figura 2 e tabela 1).

Os aspetos metodológicos e os resultados em torno de particularidades ligadas à caracterização do planejamento urbano, atividade física, nutrição e saúde dos participantes foram divulgados em vários fóruns científicos nacionais e internacionais, com destaque para Cabo Verde (onde decorreu o projeto), Moçambique e Espanha. Como o financiamento é de uma instituição portuguesa, os eventos nacionais referem-se a Portugal, e não a Cabo Verde. A tabela 1 resume os principais indicadores científicos durante a vigência do financiamento e após o término do projeto.

Tabela 1. Indicadores científicos do projeto UPHI-STAT obtidos entre 2013-2022

Indicador científico	Durante a vigência do projeto 2013-2015	Após a vigência do projeto	Total
Publicações internacionais com fator de impacto	1	3	4
Comunicações em eventos internacionais	6	13	19*
Comunicações em eventos nacionais (Portugal)	14	4	18
Teses de Doutoramento	0	1	1
Dissertações de Mestrado	0	1	1
Organização de Eventos em Cabo Verde	1	0	1
Total	22	22	44

Figura 2. Publicações científicas internacionais resultantes do projeto UPHI-STAT



Com o objetivo de divulgar os resultados aos decisores políticos e às comunidades participantes no estudo, bem como à população da Praia, foi realizado um workshop “Espaço Urbano e Saúde”, com um bloco de apresentações científicas e debate com os decisores políticos, incluindo a ministra da saúde da altura, e atividades adequadas para transmitir alguns resultados do projeto às comunidades que participaram nas diferentes fases de recolha de dados. Para a comunidade, os participantes que foram a esse workshop realizaram novas avaliações antropométricas e participaram em atividades de promoção da saúde. Algumas dessas atividades realizadas pelos nutricionistas evidenciaram como o excesso de sal, de açúcar e de gorduras poderia ser reduzido por meio de práticas muito simples. Por exemplo, mostrando o número de pacotes de açúcar contidos nos refrigerantes mais consumidos pelos participantes ou como estimar a quantidade de sal de uma sopa ou de uma refeição típica, colocando a quantidade de sal em um copo medidor, pelos participantes (maioria mulheres) que diziam ser os responsáveis pela preparação das refeições da família.

Na linha do realizado na cidade da Praia, a equipe, com os devidos ajustes, submeteu a financiamento, em 2019, a 2nd Call for Proposals to Increase Collaborative Research to Improve Quality of Life in Africa (Agreement Name: MCTES-IMAMAT ISMAILI), juntamente com uma equipe da República de São Tomé e Príncipe (STP), uma proposta ajustada e alargada para a capital desse país – STP integrando lições do UPHI-STAT em Cabo Verde. Apesar de essa proposta não ter sido financiada, fica o registro do interesse de ex-governantes, nomeadamente a ex-ministra da saúde, e atuais decisores de STP nessa integração Investigação/Definição de Políticas que poderia ter tido uma expansão para outras cidades da Comunidade de Países de Expressão Portuguesa, ainda tão carentes em dados de nutrição e saúde.

Após a divulgação das publicações científicas internacionais, em 2020, a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) – num projeto conjunto – Plataforma GIFT – solicitaram às instituições a cedência de uma parte da base de dados, especificamente nas variáveis relacionadas com a componente nutricional dos residentes das áreas em estudo na cidade da Praia, estando esse processo na fase final, após submissão de novo pedido e das autorizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde e da Comissão Nacional de Proteção de Dados de Cabo Verde.

Planejamento Urbano e Desigualdades em Saúde: grupos com pressões adicionais

Reconhece-se que os ambientes sociais e físicos constituem determinantes importantes da saúde^{9,10}. Em África, as estatísticas oficiais evidenciam que os países em desenvolvimento em transição socioeconômica enfrentam um aumento das doenças crônicas e um declínio da predominância das doenças infecciosas. Abrahams et al.¹ destacam que um país ou uma região dentro de um país, em qualquer momento, pode estar em diferentes fases de transição nutricional. Por outro lado, a rápida urbanização tem mudado os padrões de doenças de vários países. As características urbanas variam muito entre as cidades, e dentro da mesma cidade coexistem bairros formalmente organizados, planejados e com infraestruturas com assentamentos informais (não autorizados, não planejados, sem infraestruturas etc.), resultando em desigualdades socioeconômico-culturais que afetam, geralmente, a saúde dos seus residentes¹¹. A Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde¹² e outros autores (por exemplo, Corburn¹³) salientaram igualmente o papel da colaboração entre a sociedade civil e as comunidades locais, por um lado, e os decisores políticos e investigadores, por outro, para minimizar as diferenças sistemáticas de saúde dos diferentes grupos que vivem em contextos urbanos (e rurais).

Gonçalves et al.⁵, no âmbito do UPHI-STAT, publicaram um artigo intitulado “Planeamento Urbano e Desigualdades em Saúde: Um olhar em pequena escala para uma cidade em Cabo Verde”, no qual dão realce a algumas mudanças que vêm ocorrendo na cidade da Praia, ao descreverem ambientes sociais e físicos de cada unidade/área ou subzona da cidade, tendo por base infraestruturas básicas, saneamento, transportes, áreas exteriores para exercício físico e recreação, segurança na cidade etc. Por meio de uma seleção aleatória das coordenadas de residência, os habitantes dessas áreas foram inquiridos, dando atenção a variáveis biológicas e sociodemográficas, algumas posses e comodidades domésticas, movimentos dentro e fora das áreas relacionadas com trabalho, lazer e acesso a serviços e à alimentação. Nos últimos anos, constata-se que,

em Cabo Verde, os ambientes sociais e físicos constituem importantes determinantes da saúde, os quais se acentuam pela influência da rápida urbanização, particularmente na cidade da Praia, produzindo uma mudança dos padrões de doenças. Também aqui, as características urbanas variaram muito, e dentro da cidade coexistem bairros formalmente organizados, e assentamentos informais, com as suas consequências que afetam a saúde (bem-estar) da população.

Além de diferenças no planeamento urbano entre as três zonas estudadas, também se observaram disparidades em relação a algumas características sociodemográficas dos residentes. Em termos de sexo, mais de 60% dos participantes foram mulheres. A idade média dos residentes foi superior na área urbana formal (49,6+20,6 anos) e inferior na área urbana de transição (35,9+13,6 anos). No que se refere a habilitações literárias, nota-se um gradiente entre as áreas urbanas formal, transição e informal na percentagem de participantes que referiram não ter nenhum grau de escolaridade (3,5% – formal; 5,4% – transição e 14,4% – informal). A percentagem de residentes das áreas formal e de transição que referiram possuir ensino secundário e superior foi similar (69,5% e 69,8%), mas superior à reportada pelos residentes da área informal (48,5%). Em termos de situação profissional, o desemprego foi reportado por 6,2% dos residentes da área formal, 17,5% da área de transição e 28,7% na área urbana informal. A percentagem de desemprego de acordo com o sexo nas áreas urbanas foi superior nas mulheres das áreas urbanas de transição e informal e inferior aos homens na área urbana formal.

Compreender, pois, que a gênese e a forma da cidade permitem reconhecer a diversidade dos seus bairros, as características da habitação e dos seus habitantes. Além disso, Cabo Verde caracteriza-se por uma base histórica da vida familiar transnacional que contribui para um papel central das mulheres na estrutura familiar¹⁴, frequentemente rotulada de “matrifocal” ou mulher chefe de família/ famílias monoparentais “cabeça da mulher”¹⁵. A posição feminina na família foi fomentada em um contexto de flexibilidade das famílias e instabilidade das relações conjugais, descritas por várias obras^{11,13}. De fato, a maioria das mulheres em Cabo Verde não vive com o pai dos seus filhos, podendo não receber apoio financeiro ou emocional, razão pela qual a maior parte delas organiza a sua vida contando com outros membros do agregado familiar e com outras mulheres que vivem no bairro. Por si, essa situação irá interferir com a sua disponibilidade de tempo para realizar atividade física ou atividades de lazer, pois sofrem claras restrições de tempo, com várias rotinas diárias como planejar a alimentação para a família, desde a aquisição, preparação e confecção até, mesmo, o cultivo de alimentos. Por outro lado, apesar da cidade da Praia ter infraestruturas ao ar livre para a realização da atividade física, as mulheres reportaram preocupações com a insegurança da cidade, restringindo o uso desses espaços.

Determinantes, Problemas de Saúde e Insegurança Alimentar

Os processos de urbanização estão interligados com a transição nutricional porque há um acesso mais fácil a alimentos de baixa qualidade nutricional a preços reduzidos, alterando padrões alimentares e contribuindo para um aumento de doenças crônicas não transmissíveis. A segurança alimentar implica, por isso, a promoção do direito de todos os cidadãos ao acesso regular e permanente aos alimentos em quantidade e qualidade suficientes¹⁶. No entanto, existem indícios de que a insegurança alimentar das famílias está em relação direta com a capacidade financeira do agregado familiar de ter acesso a alimentos adequados, o que é, na verdade, um dos marcadores da vulnerabilidade nutricional^{17,18}. A insegurança alimentar urbana é hoje um desafio emergente, em crescendo, que é exacerbado por fatores como as alterações climáticas, condições de vida precárias, riscos ambientais locais, acesso limitado aos mercados e baixo rendimento, o que é, aliás, a principal causa da insegurança alimentar urbana¹⁹. Além disso, mais da metade da população mundial vive em um contexto urbano²⁰.

Craveiro et al.⁶ elaboraram um outro artigo resultante do projeto UPHI-STAT, “Determinantes, Problemas de Saúde e Insegurança Alimentar nas Áreas Urbanas da Maior Cidade de Cabo Verde”, com o objetivo de: i) analisar as percepções dos participantes na cidade da Praia sobre problemas de saúde, como hipertensão, obesidade e alcoolismo, explorando potenciais ligações com questões de segurança alimentar; e ii) verificar de que modo essa insegurança em termos alimentares está ligada à pobreza, afetando os grupos sociais mais vulneráveis. Estes têm acesso mais limitado à alimentação, tanto do ponto de vista de aproximação às redes sociais e de segurança quanto da capacidade produtiva (capital, terra e produção/acesso aos produtos agrícolas)²¹. No caso dessa cidade, o acesso à terra é limitado e mesmo dificultado pela morfologia da própria cidade. Além disso, os problemas de segurança alimentar em Cabo Verde são recorrentes devido às chuvas fracas ou irregulares, resultando em ciclos de seca e conseqüente escassez de água. Em termos alimentares, o país está muito dependente dos mercados externos, com baixa produção local (principalmente tipo familiar ou de subsistência)²².

Uma avaliação do consumo alimentar das famílias no contexto da transição nutricional em Cabo Verde, feita por Dop et al.²³, apontava para resultados de maior consumo de produtos de origem animal em famílias com membros com excesso de peso ou com obesidade, em comparação com famílias com membros com baixo peso ao nascer e de baixo consumo de frutas e produtos hortícolas. De acordo com esses resultados, em Cabo Verde, parece existir um problema de segurança alimentar quanto ao acesso e à disponibilidade de alimentos que se reflete em uma desadequada ingestão de energia e distribuição nutricional, tendo repercussões nos resultados em saúde (baixo peso ao

nascer ao excesso de peso e obesidade).

Relativamente às três zonas em estudo neste projeto, a prevalência de excesso de peso e obesidade a partir de dados de peso e altura reportados pelos participantes foi de 36,4% na zona formal, 34,5% na zona de transição e 44,4% na zona informal. Por outro lado, de acordo com os dados de peso e altura medidos pelos nutricionistas, na subamostra, a prevalência de excesso de peso e obesidade foi de 54% na zona formal, 53% na zona de transição e 56,2% na zona informal. Aqui, há um aspecto interessante destacado em Gonçalves et al.⁵ que pode passar despercebido ao leitor. Essa discrepância entre os valores reportados e medidos também se justifica pelo fato de quem aderiu e se deslocou aos locais das avaliações nutricionais já serem tendencialmente participantes (especialmente mulheres) com tendência para terem excesso de peso. Assim, esses participantes reconhecem o problema de saúde e demonstram disponibilidade para serem acompanhados. A relação entre a insegurança alimentar e a obesidade em nível individual, familiar ou comunitário ainda não está devidamente estabelecida, embora alguns estudos sugiram uma relação direta entre a insegurança alimentar e a obesidade. Essa relação parece ser mais consistente nas mulheres²⁴. Outros estudos indicam uma associação de insegurança alimentar com doenças crônicas não transmissíveis, tais como hipertensão e diabetes^{25,26}.

De acordo com os dados de 2016 publicados pela OMS²⁷, sobre o perfil das doenças não transmissíveis em Cabo Verde, 70% das mortes foram causadas por doenças não transmissíveis, com uma percentagem de 36% para doenças cardiovasculares.

Relação doenças cardiovasculares e ingestão de potássio e sódio

As doenças crônicas não transmissíveis, incluindo as degenerativas, têm vindo a aumentar de forma constante, tanto nos países desenvolvidos como nos países de baixo e médio rendimento²⁸. Cabo Verde apresenta uma elevada taxa de doenças cardiovasculares, e um histórico da predominância de baixa ingestão de potássio e elevada ingestão de sódio, sabendo-se da relação desse tipo de dieta com doenças cardiovasculares.

Sabe-se que as avaliações alimentares em países de baixo e médio rendimento são cruciais para fornecer informações pormenorizadas sobre a ingestão de micronutrientes e os seus efeitos sobre a saúde²⁹. De Quadros et al.³⁰ forneceram uma visão sobre a realização de inquéritos alimentares em países de baixa e média renda, entre 1980-2019, tendo observado que a sua aplicação tem aumentado especialmente na última década. No caso de Cabo Verde, esse trabalho menciona os inquéritos alimentares, para avaliação da ingestão dietética, do projeto UPHI-STAT. Os autores recomendam que essa tendência continue sendo necessária para conhecer a ingestão de macro e micronutrientes e

identificar o padrão alimentar, a fim de que sejam desenvolvidas e apoiadas políticas de promoção da saúde, educação e saúde aspirando como resultado a capacitação dos indivíduos e da comunidade quanto ao estado nutricional e acesso a um padrão alimentar seguro e adequado, tendo como base a evidência científica³⁰.

Os elevados níveis de sódio têm sido associados à pressão arterial elevada e à má saúde cardiovascular^{31,32}. Outros estudos sugerem que uma adequada ingestão de potássio pode ter um efeito protetor contra acidentes vasculares cerebrais e doenças cardiovasculares³³⁻³⁵.

Alves et al.⁷ realizaram um terceiro estudo no âmbito do projeto UPHI-STAT, intitulado “Baixa ingestão de potássio e elevada ingestão de sódio: uma dupla ameaça à saúde dos cabo-verdianos”, para estimar as ingestões de potássio e sódio e analisar a ingestão de sal autodeclarada, por sexo e por tipo de área urbana na cidade da Praia. Nesse estudo, pelos resultados da recordação dietética reportada das últimas 24 horas e medições antropométricas feitas por nutricionistas locais do UPHI-STAT, para os 599 participantes (149 homens e 450 mulheres), foram encontradas diferenças consoante a área em estudo: nas áreas informais, uma percentagem mais elevada de mulheres reportou ter hipertensão (31%) em relação às áreas formais (19,7%); quase 70% dos homens e 80% das mulheres tinham baixa ingestão de potássio, isto é, menos de 3.510 mg/dia, conforme a recomendação da OMS; nas áreas informais, homens e mulheres apresentaram maiores medianas de ingestão de sódio em comparação com as áreas formais (homens: 4.131,2 *versus* 3.014,6 mg/dia e mulheres: 3.243,4 *versus* 2.522,4 mg/dia). Por outro lado, a percentagem de participantes com níveis de sódio superiores a 2.000 mg/dia foi elevada ($\geq 70,8\%$), mesmo entre os participantes que referiram ingestão baixa de sal. Esse aspecto realça a importância das medições e o seu confronto com a percepção relatada dos participantes.

Uma vez que as publicações sobre a ingestão de potássio e de sódio nas cidades africanas são raras, existia uma lacuna importante a preencher, nomeadamente no que diz respeito às potenciais diferenças entre o gênero e tipo de área urbana (informais *versus* formais). Assim, o UPHI-STAT acrescentou informação relevante sobre essa parte nas áreas da cidade da Praia. Dependendo do tipo de ambiente urbano em investigação, são esperadas algumas diferenças nos hábitos de consumo alimentar entre os bairros de uma cidade^{36,37}. Embora viver em um bairro desfavorecido tenha sido associado a uma dieta mais pobre^{38,39}, alguns estudos mostraram que o contrário também pode ser verdade^{37,38}. Essa incongruência parece sugerir que as variações intraurbanas são dependentes do local em estudo, apresentando cada cidade um padrão diferente. Dop et al.²³ destacam que as famílias cabo-verdianas consomem uma proporção mais baixa de frutas e legumes do que o recomendado pela OMS, uma importante fonte de potás-

sio. À medida que os hábitos alimentares em Cabo Verde foram mudando, a diminuição do consumo de produtos tradicionais (por exemplo, mandioca, batata-doce ou milho) e o aumento do consumo de alimentos e óleos processados apontam para uma fase de transição nutricional nesse país⁴⁰. Esses resultados, juntamente com conhecimentos empíricos dos profissionais de saúde e alguns estudos empíricos, sugerem uma elevada ingestão de sódio na população cabo-verdiana. No entanto, pelo que foi apurado na altura, não existiam estudos publicados sobre uma metodologia que incluísse a medição da ingestão de potássio e de sódio em Cabo Verde.

Recreação e consumo de álcool

Foi estimada, em 2016, uma prevalência da dependência do álcool na região África Subsariana Ocidental (1.168,1 por cada 100 mil pessoas, com intervalo de incerteza de 95%: 1012.8–1335.2)⁴¹, pelo que o consumo de álcool nessa região constitui um problema de saúde pública. Esse consumo pode ser influenciado por atividades de lazer e recreação, especialmente em populações mais vulneráveis^{42,43}. A saúde pública tem como uma das suas prioridades a redução do consumo de álcool⁴⁴. Por outro lado, no contexto africano, os riscos da urbanização para a saúde das populações são focos principais de atenção da saúde pública. A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável⁴⁵ engloba essa preocupação com a inclusão de dois dos seus 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) – nº 3 – “boa saúde e bem-estar” e nº 5 – “igualdade entre homens e mulheres”.

Assim, o projeto UPHI-STAT incluiu o estudo “Recreação e Consumo de Álcool na África Subsaariana: Abordagem das diferenças de gênero e idade em áreas urbanas-Praia, Cabo Verde”⁸ para investigar as diferenças na participação nas atividades recreativas e de lazer, por gênero e grupo etário e sua ligação ao consumo de álcool autodeclarado, nas três zonas urbanas em estudo. O lazer é um conceito descrito na literatura como mais relacionado com a perspectiva de um indivíduo, que pode envolver alguma forma de participação em uma atividade voluntária, mas pode ser considerada como um estado holístico, experiência espiritual ou ausência de atividade^{46,47}, enquanto a recreação tem uma conotação moralmente aceitável para toda a sociedade^{47,48} e inclui, entre diferentes definições, atividades voluntárias (como atividades ao ar livre, desporto, jogos, artesanato, artes performativas, artes plásticas, música, viagens/turismo, passatempos e atividades sociais) envolvidas durante o tempo livre de um indivíduo.

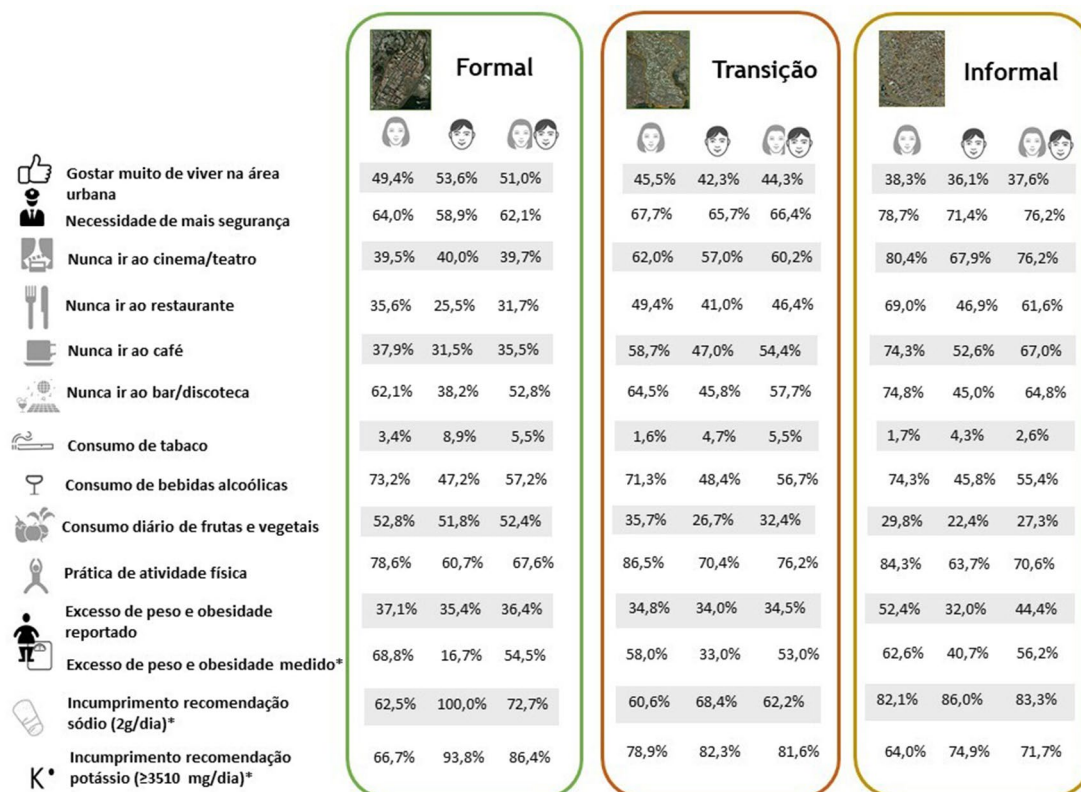
De forma geral, a maioria dos residentes das três áreas urbanas referiu nunca ir ao teatro/cinema restaurante, café e ao bar/discoteca. As mulheres da área urbana informal reportaram em maior percentagem nunca ir ao teatro/café (80,4%), ao restaurante (69%), ao café (74,3%) ou ao bar/discoteca (74,8%).

A relação entre elevado consumo de álcool e doença foi objeto de uma revisão sistemática da literatura por Rehm et al.⁴⁹. Os resultados apontavam a causalidade entre o álcool e muitas doenças crônicas e agudas e lesões. Contudo, os autores mencionaram a falta de estudos sobre os efeitos da qualidade do álcool.

Resumo dos resultados principais

Em síntese, apresentam-se, na figura 3, alguns resultados não referidos nos estudos, por exemplo, referentes ao gostar muito de viver na área de residência, à necessidade de mais segurança, entre outros, que podem condicionar a participação das pessoas na atividade física em espaços abertos e em outras atividades recreativas, mas que também podem influenciar a magnitude de alguns problemas de saúde.

Figura 3. Alguns resultados do projeto UPHI-STAT



* Dados referentes à subamostra n=599

O projeto UPHI-STAT olhou para a vida da população na cidade da Praia nos bairros formalmente organizados e nos assentamentos informais, pediu a participação dos cidadãos e deu destaque aos grupos que enfrentam pressões adicionais, pela força dos ambientes sociais e físicos frágeis, cuja melhoria não acompanha a rápida e débil urbanização e que determinam o agravamento de problemas de saúde, entendidos na globalidade. Questões de segurança na cidade, nas suas várias facetas – mudanças nos padrões de doenças com destaque para as doenças cardiovasculares, insegurança alimentar e suas consequências nutricionais, consumo de álcool com repercussão nas doenças crônicas e agudas e a reduzida participação em atividades recreativas – apresentam-se com predominância entre as mulheres e nos assentamentos informais, apesar de terem uma população mais jovem apresentando problemas urgentes que demandam uma intervenção específica das políticas públicas e da sociedade.

DISCUSSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não obstante a extensa produção científica, durante e após o término oficial do projeto, muito para além do previsto na proposta inicial, e do debate no workshop “Espaço Urbano e Saúde”, realizado na cidade da Praia, fica em aberto o que mais poderia ter sido feito em termos de divulgação em um âmbito mais alargado, nomeadamente:

- i. **Ligação/comunicação: meio acadêmico/decisores/participantes das zonas em estudo:** a situação ideal para os decisores políticos usarem a evidência científica produzida e integrarem o sentir e a voz das comunidades está longe de ser uma realidade. A equipe de académicos de Portugal e os decisores locais que integraram a equipe de investigação, imersos nas burocracias das instituições e nas dispersões por múltiplas tarefas exigentes e que valorizam mais a produção científica internacional em língua inglesa, conseguiram assegurar a realização do workshop em que houve uma presença elevada de membros das comunidades (cerca de 100 participantes), mas ainda assim poderiam ser mais perante o tamanho amostral de 1.912 participantes. Quer os entrevistadores (predominantemente estudantes de saúde), quer os técnicos do Instituto Nacional de Saúde Pública e os nutricionistas, certamente divulgaram e se beneficiaram desse projeto, principalmente em termos de formação em aspectos metodológicos e informações sobre os residentes das áreas em estudo. No entanto, a transferência de conhecimento tem a sua complexidade, e há necessidade de sustentar as linhas de investigação com outros estudos e outras ações, em que as comunidades também possam participar e usufruir dos resultados. A adesão da população ao questionário e às avaliações

nutricionais, bem como a participação no workshop, superou as previsões iniciais. No workshop, vários participantes (maioria mulheres) relataram grande entusiasmo, por exemplo, pelas reduções de peso alcançadas. Esses “resultados invisíveis” mostram outros ganhos individuais não quantificados desse projeto. Falta saber se participantes com excesso de peso que, no workshop, apresentaram redução de peso e relataram alteração de alguns hábitos alimentares se mantiveram no tempo. Assim, parece essencial assegurar a monitorização contínua dos projetos com indicadores selecionados e com outras ações de continuidade que permitam melhor perceber os impactos ao nível local.

- ii. **Divulgação de resultados e metodologias fora dos circuitos dos decisores políticos:** no triângulo meio acadêmico/financiadores/decisores, há constrangimentos transversais a esse e a outros projetos. A valorização das publicações e das comunicações científicas em língua inglesa por parte da ciência e de quem a financia, por si, dificulta uma ligação mais harmoniosa nessa tríade. Salvo raras exceções, o que lê um acadêmico não é o que lê um político. Adicionalmente, os decisores políticos e os seus assessores atribuem uma importância relativa aos resultados da investigação científica, quando comparado com outros fatores, como o lobby de associações e organizações profissionais e as pressões da sociedade civil e da mídia⁵⁰. Nesse projeto, foi cumprido e ultrapassado o compromisso com o financiador, podendo os impactos ser ampliados investindo no diálogo com os decisores, havendo lugar a implementar ações de policy-dialogue. Apesar de a equipe de investigação integrar alguns decisores da altura, importa realçar que a participação de todos dos membros (com exceção de dois bolsiros em períodos inferiores à duração dos projetos) foi somente a tempo parcial, mantendo as restantes e exigentes atividades profissionais. De forma a trabalhar mais a riqueza desses dados, na instituição proponente – o Instituto de Higiene e Medicina Tropical –, houve ainda a criação de um projeto satélite – “UPHI-STAT Follow-up” – que foi importante para a produção científica no período após o término do financiamento inicial. Porém, continuou a faltar a preparação da informação mais trabalhada e de uma forma mais compreensível, e usando o português, mas que não é formalmente valorizada pelo financiador e pelas instituições, pois não alimentam as métricas subjetivas que regem o meio acadêmico. Integrando as lições aprendidas no UPHI-STAT, na proposta submetida a financiamento para a cidade de São Tomé, foram acautelados, sumários executivos (em português) para as autoridades locais. No entanto, da avaliação recebida, não nos parece que os avaliadores tenham dado importância a esse pormenor que pode fazer a sua diferença no terreno.

iii. **Quebras do financiamento:** também relacionado com o ponto anterior, a corrida constante a que os investigadores estão sujeitos fomenta a descontinuidade no investimento do projeto anterior, pois precisam de novos financiamentos para dar continuidade à investigação que se exige ser inovadora e original. No nosso caso, a equipe alargou-se para criar propostas para Cabo Verde e STP, dando continuidade ao estudo do meio urbano, no contexto lusófono, acrescentando camadas que permitissem recolher dados de outras temáticas, integrando também as doenças negligenciadas, mas as duas propostas não tiveram sucesso na obtenção de financiamento. No contexto de investigação científica, a originalidade e a inovação têm um prazo de validade que não favorece a continuidade e a expansão para outros contextos, como foi o caso de STP. Entretanto, será que esse financiamento que alimenta métricas académicas não deveria ser debatido para procurar um maior bem-estar para as populações em estudo? Que articulações entre as diferentes instituições poderão ser realizadas para uma maior integração entre a investigação e ações nessas comunidades? Desse projeto, podem extrair lições para ajudar a solucionar esses aspectos? Estas questões merecem uma reflexão ampla e que pode ajudar na situação atual de Cabo Verde, que ainda não tem uma instituição semelhante à Fundação para a Ciência e Tecnologia portuguesa. Pode, contudo, retirar de investigações como esta contributos para a agenda de investigação em saúde. O financiamento internacional poderá ser intercalado com projetos nacionais em uma escala micro (por exemplo, para jovens investigadores), mas que façam a ponte entre projetos ou programas de maiores dimensões e as desejadas ligações nas comunidades para o bem das suas populações. Entre as exigências dos vários currículos, por parte dos financiadores internacionais, por vezes só ao alcance de investigadores seniores ocupados com inúmeras tarefas académicas, governamentais, ou outras, e a disponibilidade de jovens investigadores para interagir com as populações, talvez seja obtido espaço para fortalecer a investigação local, com menores custos e maior ligação às comunidades.

Dos resultados disseminados nas publicações e nas comunicações científicas, as diferenças observadas devem sustentar o desenvolvimento e/ou a adequação de políticas ou ações de promoção ao nível local ou para grupos específicos baseadas em estratégias de saúde urbana/periurbana numa abordagem de maior proximidade às microcomunidades e em indicadores específicos locais. Entre outros pontos-chave, destacam-se:

- A importância da investigação científica considerando as pessoas no seu bairro que, apesar de ser uma cidade pequena, apresenta heterogeneidades espelhadas em alguns indicadores em saúde que precisam de monitorização e investigações complementares;
- A interação entre os investigadores e as comunidades, comunicando os resultados da sua investigação de uma forma acessível e que possam ser postos em prática

nas suas rotinas.

- A necessidade de olhar para as zonas informais da cidade. Por exemplo, a unidade informal observada, que, tendo uma estrutura etária mais jovem que a unidade formal, apresenta indicadores de saúde mais desfavoráveis;
- Apesar das condições adversas, 37,6% dos participantes da zona informal afirmam que “gostam muito de residir no bairro”, apesar de essa percentagem ser inferior às das outras zonas;
- A necessidade de uma ação multi e intersetorial na melhoria de problemas de bem-estar das pessoas agindo sobre os determinantes sociais por forma a assegurar melhor saúde aos residentes da cidade. Por exemplo, aspectos ligados à segurança e ao planeamento urbano nos bairros mais vulneráveis da cidade condicionam a atividade física, particularmente, para as mulheres;
- A magnitude da inatividade física no lazer, principalmente nas mulheres da zona informal, depende de muitos fatores, mas alguns podem ser de pronta resolução;
- A magnitude do risco cardiovascular e a insegurança alimentar que exigem medidas governamentais e ações permanentes para a população;
- A magnitude do consumo de álcool, açúcar, gorduras e sal e a sua repercussão na perda da saúde (hipertensão, doenças cardiovasculares; outras doenças crônicas e agudas e lesões) que exigem uma atuação em várias frentes, nomeadamente nas escolas e vários fóruns;
- Os desequilíbrios em termos de micronutrientes com desvantagem na zona informal, exigindo medidas específicas;
- A auscultação da voz das comunidades na identificação dos problemas sociais e de saúde e os seus contributos para os ultrapassar;
- Políticas públicas que integrem saúde, educação, trabalho e lazer podem promover melhores condições de vida para os habitantes desta cidade.

Agradecimentos

Trabalho resultante do financiamento pela FCT – Portugal (PTDC/ATP-EUR/5074/2012, UID/04413/2020, UIDB/00006/2020, UIDP/00006/2020). Um agradecimento especial aos restantes membros da equipe do UPHI-STAT do Instituto de Higiene e Medicina Tropical e do atual Instituto Nacional de Saúde Pública de Cabo Verde, nutricionistas, entrevistadores e participantes.

Conflitos de Interesse

Nada a declarar.

Referências

1. Abrahams Z, Mchiza Z, Steyn NP. Diet and mortality rates in Sub-Saharan Africa: Stages in the nutrition transition. *BMC Public Health*. 2011;11(1):801.
2. Ellen ME, Lavis JN, Horowitz E, Berglas R. How is the use of research evidence in health policy perceived? A comparison between the reporting of researchers and policy-makers. *Health Res Policy Sys*. 2018;16(1):64.
3. Canadian Institute for Health Information. More About Knowledge Translation at CIHR [Internet]. 2005 [cited 2022 Sep 28]. Available from: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html>
4. Greenhalgh T, Wieringa S. Is it time to drop the ‘knowledge translation’ metaphor? A critical literature review. *J R Soc Med*. 2011;104(12):501-9.
5. Gonçalves L, Santos Z, Amado M, Alves D, Simões R, Delgado AP, et al. Urban Planning and Health Inequities: Looking in a Small-Scale in a City of Cape Verde. Dalal K, organizador. *PLOS ONE*. 2015;10(11):e0142955.
6. Craveiro I, Alves D, Amado M, Santos Z, Fortes A, Delgado A, et al. Determinants, Health Problems, and Food Insecurity in Urban Areas of the Largest City in Cape Verde. *IJERPH*. 2016;13(11):1155.
7. Alves D, Santos Z, Amado M, Craveiro I, Delgado AP, Correia A, et al. Low potassium and high sodium intakes: a double health threat to Cape Verdeans. *BMC Public Health*. 2018;18(1):995.
8. Alves D, Delgado AP, Amado M, Craveiro I, Santos Z, Goggins A, et al. Recreation and Alcohol Consumption in Sub-Saharan Africa: Addressing Gender and Age Differences in Urban Areas—Praia, Cabo Verde. *IJERPH*. 2022;19(18):11175.
9. Kjellstrom T, Mercado S. Towards action on social determinants for health equity in urban settings. *Environ Urban*. 2008;20(2):551-74.
10. Barten F, Mitlin D, Mulholland C, Hardoy A, Stern R. Integrated Approaches to Address the Social Determinants of Health for Reducing Health Inequity. *J Urban Health*. 2007;84(S1):164-73.
11. Vlahov D, Freudenberg N, Proietti F, Ompad D, Quinn A, Nandi V, et al. Urban as a Determinant of Health. *J Urban Health*. 2007;84(S1):16-26.
12. 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.
13. Corburn J. Urban Place and Health Equity: Critical Issues and Practices. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(2):117.
14. Åkesson L, Carling J, Drotbohm H. Mobility, Moralities and Motherhood: Navigating the Contingencies of Cape Verdean Lives. *J Ethn Migr Stud*. 2012;38(2):237-60.

15. Drotbohm H. Horizons of long-distance intimacies: Reciprocity, contribution and disjuncture in Cape Verde. *Hist Fam.* 2009;14(2):132–49.
16. Food and Agriculture Organization of The United Nations. Trade reforms and food security [Internet]. Rome: FAO; 2003 [cited 2016 Oct 10]. Available from: <http://www.fao.org/docrep/005/y4671e/y4671e00.htm>
17. Coleman-Jensen A, Gregory C, Singh A. Household Food Security in the United States in 2013. U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service; 2014 set. Report No.: ERR-173.
18. Kirkpatrick SI, Dodd KW, Parsons R, Ng C, Garriguet D, Tarasuk V. Household Food Insecurity Is a Stronger Marker of Adequacy of Nutrient Intakes among Canadian Compared to American Youth and Adults. *J Nut.* 2015;145(7):1596-603.
19. Tacoli C, Bukhari B, Fisher S, International Institute for Environment and Development, Human Settlements Programme. Urban poverty, food security and climate change. London: Human Settlements Group, International Institute for Environment and Development (IIED); 2013.
20. United Nations Population Fund. Urbanization [Internet]. [cited 2022 Sep 28]. Available from: <https://www.unfpa.org/urbanization>
21. Emmanuel K. Boon. Food security in Africa: challenges and prospects. “Regional Sustainable Development Review: Africa, Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS). Oxford, UK; 2004.
22. Vieira A. Qualidade e Segurança de Alimentos Tradicionais em Cabo Verde [dissertação]. [Lisboa]: Instituto Superior de Agronomia; 2015.
23. Dop MC, Pereira C, Mistura L, Martinez C, Cardoso E. Using Household Consumption and Expenditures Survey (HCES) data to assess dietary intake in relation to the nutrition transition: a case study from Cape Verde. *Food Nutr Bull.* 2012;33(3 Suppl):S221-7.
24. Franklin B, Jones A, Love D, Puckett S, Macklin J, White-Means S. Exploring Mediators of Food Insecurity and Obesity: A Review of Recent Literature. *J Community Health.* 2012;37(1):253-64.
25. Terrell A. Is food insecurity associated with chronic disease and chronic disease control? *Ethn Dis.* 2009;9:36.
26. Oliveira MM, Malta DC, Santos MAS, Oliveira TP, Nilson EAF, Claro RM. Consumo elevado de sal autorreferido em adultos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015;24(2):249-56.
27. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: WHO; 2018.
28. Islam SMS, Purnat TD, Phuong NTA, Mwingira U, Schacht K, Fröschl G. Non-Communicable

- Diseases (NCDs) in developing countries: a symposium report. *Global Health*. 2014;10(1):81.
29. Coates J, Colaiezzi B, Bell W, Charrondiere U, Leclercq C. Overcoming Dietary Assessment Challenges in Low-Income Countries: Technological Solutions Proposed by the International Dietary Data Expansion (INDDEX) Project. *Nutrients*. 2017;9(3):289.
30. Quadros VP, Balcerzak A, Allemand P, Sousa RF, Bevere T, Arsenault J, et al. Global Trends in the Availability of Dietary Data in Low and Middle-Income Countries. *Nutrients*. 2022;14(14):2987.
31. Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Engell RE, et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med*. 2014;371(7):624-34.
32. Sodium Intake in Populations: Assessment of Evidence [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2013 [cited 2022 Sep 30]. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/18311>
33. Noubiap JJN, Bigna JJR, Nansseu JRN. Low sodium and high potassium intake for cardiovascular prevention: evidence revisited with emphasis on challenges in sub-Saharan Africa. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2015;17(1):81-3.
34. Aaron KJ, Sanders PW. Role of Dietary Salt and Potassium Intake in Cardiovascular Health and Disease: A Review of the Evidence. *Mayo Clinic Proceedings*. 2013;88(9):987-95.
35. D'Elia L, Barba G, Cappuccio FP, Strazzullo P. Potassium Intake, Stroke, and Cardiovascular Disease. *J Am Coll Cardiol*. 2011;57(10):1210-9.
36. Smith LDD. Recreation Community Branding: A Comparative Analysis within Utah's Wasatch Front. [Logan, Utah]: All Graduate Theses and Dissertations. 5531 Utah State University; 2017.
37. Gustafson A, Hankins S, Jilcott S. Measures of the Consumer Food Store Environment: A Systematic Review of the Evidence 2000–2011. *J Community Health*. 2012;37(4):897-911.
38. Hilmers A, Hilmers DC, Dave J. Neighborhood Disparities in Access to Healthy Foods and Their Effects on Environmental Justice. *Am J Public Health*. 2012;102(9):1644-54.
39. Drimie S, Faber M, Vearey J, Nunez L. Dietary diversity of formal and informal residents in Johannesburg, South Africa. *BMC Public Health*. 2013;13(1):911.
40. Diva Cabral. Aplicação do Food Choice Questionnaire em Cabo Verde: associação das suas dimensões com o consumo alimentar da população da ilha de Santiago. [Porto]: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; 2015.
41. Afshin A, Sur PJ, Fay KA, Cornaby L, Ferrara G, Salama JS, et al. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2019;S0140673619300418.

42. Ferreira-Borges C, Parry C, Babor T. Harmful Use of Alcohol: A Shadow over Sub-Saharan Africa in Need of Workable Solutions. *IJERPH*. 2017;14(4):346.
43. Morojele NK, Dumbili EW, Obot IS, Parry CDH. Alcohol consumption, harms and policy developments in sub-Saharan Africa: The case for stronger national and regional responses. *Drug Alcohol Rev*. 2021;40(3):402-19.
44. World Health Organization. Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol (First draft) [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2022 Apr 26]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/global-action-plan-on-alcohol-1st-draft>
45. United Nations Development Programme. Sustainable Development Goals [Internet]. UNDP. [cited 2022 Apr 26]. Available from: <https://www.undp.org/sustainable-development-goals>
46. Veal AJ, Lynch R. Australian Leisure [Internet]. Sydney: Pearson Australia; 2012 [cited 2017 Aug 29]. Available from: <http://public.eblib.com/choice/PublicFullRecord.aspx?p=4805196>
47. McLean DD, Hurd AR. Kraus' recreation and leisure in modern society. 10 ed. Burlington, Massachusetts: Jones And Bartlett Learning; 2015. 342 p.
48. O´Sullivan E. Foundations of Recreation and Leisure. Em: Introduction to recreation and leisure. 2nd ed. Human Kinetics: Champaign, IL; 2013.
49. Rehm J, Baliunas D, Borges GLG, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*. 2010;105(5):817-43.
50. Craveiro I, Hortale V, Oliveira APC de, Dal Poz M, Portela G, Dussault G. The utilization of research evidence in Health Workforce Policies: the perspectives of Portuguese and Brazilian National Policy-Makers. *J Public Health (Oxf)*. 2018;40(suppl 1):i50-6.