



EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE NOS PAÍSES DA CPLP NOS 50 ANOS DESDE ABRIL DE 1974

*TRENDS IN HEALTH INDICATORS IN CPLP COUNTRIES IN THE 50 YEARS
SINCE APRIL 1974*

*ÉVOLUTION DES INDICATEURS DE SANTÉ DANS LES PAYS DE LA CPLP AU
COURS DES 50 ANNÉES QUI ONT SUIVI AVRIL 1974*

Maria Rosário Oliveira Martins¹

1. Saúde Global e Medicina Tropical, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa
mrfom@ihmt.unl.pt - ORCID ID: 0000-0002-7941-0285

Resumo

O objetivo deste estudo foi de explorar as tendências de indicadores relevantes da área da saúde em oito países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) de 1974 a 2023. Este é um estudo descritivo de séries temporais. Das bases de dados da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial, foram extraídas séries relativas a quatro indicadores de estado geral de saúde (Esperança Média de Vida ao nascer, mortalidade neonatal, mortalidade abaixo dos 5 anos e razão de mortalidade materna), dois indicadores de cobertura (número de médicos, cobertura do programa de vacinação do tétano, difteria e tosse convulsa) e um indicador de sistemas de saúde (despesas correntes per capita). O período temporal foi de 1975 a 2023, e a população-alvo foram oito dos nove países que integram a CPLP: Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe, e Timor-Leste. Existem grandes disparidades no perfil de saúde dos oito países da CPLP analisados. Embora todos tenham tido progressos nos vários indicadores, Timor-Leste destaca-se nos ganhos obtidos na Esperança Média de Vida ao nascer, e Cabo Verde, no investimento realizado nos recursos humanos em saúde. Guiné-Bissau melhorou consideravelmente a cobertura vacinal, e Angola, Moçambique e São Tomé destacam-se pela diminuição acentuada na mortalidade infantil. Portugal e Brasil apresentam níveis de despesas em saúde per capita muito superiores às dos restantes países e tiveram em todos os indicadores um progresso notável nos últimos 50 anos. Todos os países melhoraram a sua performance, no entanto, fizeram-no com trajetórias diferentes e a um ritmo próprio, em parte devido às circunstâncias económicas, financeiras, políticas e históricas que marcaram cada Estado-Membro nesses últimos 50 anos. As desigualdades existentes em 1975 persistem ainda atualmente, mas foram atenuadas em todos os domínios. Em um mundo cada vez mais instável e incerto, torna-se fundamental reforçar as redes e as parcerias de cooperação existentes entre Estados-Membros para que as trajetórias futuras desses indicadores continuem a progredir na boa direção, contribuindo para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar de todos.

Palavras-chave: CPLP, indicadores em saúde, mortalidade infantil, mortalidade materna, cobertura vacinal, esperança média de vida, despesas em saúde, recursos humanos em saúde.

Abstract

The aim of this study is to explore trends in relevant health indicators in 8 CPLP countries from 1974 to 2023. Methods: This is a descriptive time series study. Data were

extracted from WHO and World Bank databases for four general health status indicators (average life expectancy at birth, neonatal mortality, under-5 mortality and maternal mortality ratio), two coverage indicators (number of doctors, coverage of the Tetanus, Diphtheria and Whooping Cough vaccination program) and one health systems indicator (current expenditure per capita). The period analyzed was from 1975 to 2023, and the target population comprised 8 of the 9 countries that make up the Community of Portuguese-Speaking Countries (CPLP): Angola, Brazil, Cape Verde, Guinea-Bissau, Mozambique, Portugal, São Tomé and Príncipe, and East Timor. Results: There are major disparities in the health profile of the 8 CPLP countries analyzed. Although they have all made progress in the various indicators, East Timor stands out for its gains in average life expectancy at birth and Cape Verde for its investment in human resources for health. Guinea-Bissau has considerably improved vaccination coverage and Angola, Mozambique and São Tomé stand out for their sharp reduction in infant mortality. Portugal and Brazil have much higher levels of health expenditure per capita than the other countries and have made remarkable progress in all indicators over the last 50 years. Conclusion: All countries have improved their performance, but they have done so with different trajectories and at their own pace, partly due to the economic, financial, political and historical circumstances that have marked each member state over the last 50 years. The inequalities that existed in 1975 still persist today, but they have been reduced in all areas. In an increasingly unstable and uncertain world, it is essential to strengthen the existing cooperation networks and partnerships between member states so that the future trajectories of these indicators continue to progress in the right direction, helping to improve the quality of life and well-being of all.

Keywords: CPLP, health indicators, infant mortality, maternal mortality, vaccination coverage, average life expectancy, health expenditure, human resources for health.

Resumé

L'objectif de cette étude est d'explorer les tendances des indicateurs de santé pertinents dans 8 pays de la CPLP de 1974 à 2023. Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive de séries chronologiques. Les données ont été extraites des bases de données de l'OMS et de la Banque mondiale pour quatre indicateurs généraux de l'état de santé (espérance de vie moyenne à la naissance, mortalité néonatale, mortalité des enfants de moins de 5 ans et taux de mortalité maternelle), deux indicateurs de couverture (nombre de médecins, couverture du programme de vaccination contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche) et un indicateur des systèmes de santé (dépenses couran-

tes par habitant). La période analysée s'étend de 1975 à 2023, et la population cible comprend 8 des 9 pays qui composent la Communauté des pays de langue portugaise (CPLP) : Angola, Brésil, Cap-Vert, Guinée-Bissau, Mozambique, Portugal, São Tomé et Príncipe et Timor oriental. Résultats: Il existe de grandes disparités dans le profil de santé des 8 pays de la CPLP analysés. Bien qu'ils aient tous progressé dans les différents indicateurs, le Timor oriental se distingue par ses gains en matière d'espérance de vie moyenne à la naissance et le Cap-Vert par son investissement dans les ressources humaines pour la santé. Guinée-Bissau a considérablement amélioré sa couverture vaccinale et l'Angola, le Mozambique et São Tomé se distinguent par une forte réduction de la mortalité infantile. Le Portugal et le Brésil ont des niveaux de dépenses de santé par habitant beaucoup plus élevés que les autres pays et ont fait des progrès remarquables dans tous les indicateurs au cours des 50 dernières années. Conclusion : Tous les pays ont amélioré leurs performances, mais ils l'ont fait avec des trajectoires différentes et à leur propre rythme, en partie en raison des circonstances économiques, financières, politiques et historiques qui ont marqué chaque État membre au cours des 50 dernières années. Les inégalités qui existaient en 1975 persistent encore aujourd'hui, mais elles ont été réduites dans tous les domaines. Dans un monde de plus en plus instable et incertain, il est essentiel de renforcer les réseaux de coopération et les partenariats existants entre les États membres afin que les trajectoires futures de ces indicateurs continuent de progresser dans la bonne direction, contribuant ainsi à améliorer la qualité de vie et le bien-être de tous.

Mots-clés: CPLP, indicateurs de santé, mortalité infantile, mortalité maternelle, couverture vaccinale, espérance de vie moyenne, dépenses de santé, ressources humaines pour la santé.

INTRODUÇÃO

IMPORTÂNCIA DOS INDICADORES EM SAÚDE PÚBLICA

Há muito tempo que os decisores políticos e investigadores utilizam indicadores para descrever questões de interesse para a saúde pública e para avaliar os progressos na sua resolução. Entretanto, com o aparecimento dos meios informáticos, a rapidez com a tecnologia evoluiu nomeadamente quanto à velocidade de cálculo e à capacidade de armazenamento de dados – e mais recentemente, as inovações ligadas à inteligência artificial tornaram possível medir um número infinito de indicadores em um curto espaço de tempo.

Paralelamente, na última meia década, numerosas declarações e programas mundiais comprometeram-se a cumprir metas relativas a indicadores com objetivos específicos. Em 1978, a Declaração de Alma-Ata delineou uma estratégia global para alcançar a Saúde para Todos. Para medir a consecução desse objetivo, a OMS propôs 12 indicadores para os países reportarem em nível internacional e 19 indicadores adicionais para utilização em nível nacional, classificados como indicadores sociais e econômicos, de política de saúde, de prestação de cuidados de saúde e de estado de saúde. Em 1990, a Cimeira Mundial da Criança estabeleceu 33 objetivos (alguns com indicadores múltiplos) a atingir até o ano 2000. Outros programas desenvolveram listas de indicadores, por exemplo, em 1994, o programa VIH/SIDA que começou por reportar dez indicadores de prevenção da doença e, em 2014, a Organização Mundial da Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS/UNICEF) e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) já estavam a recolher 78 indicadores que refletiam intervenções de prevenção, de promoção, de reabilitação e de cura. Em 2014, o Fundo Global utilizou 114 indicadores para monitorizar três doenças da pobreza: SIDA, tuberculose e malária.

Já no início do século XXI, a Declaração do Milénio estabeleceu 8 objetivos – 4 dos quais diretamente relacionados com a saúde – com 21 metas e 60 indicadores que foram complementados em 2015 pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em que os países se comprometeram a alcançar 17 objetivos, 169 metas e 232 indicadores até 2030 – dos quais 13 metas e 26 indicadores estão diretamente relacionados com a saúde¹.

Em 2014, a OMS e os seus principais parceiros estimaram que alguns países reportavam regularmente cerca de 600 indicadores a doadores e a programas internacionais ou para cumprir resoluções internacionais; muitas vezes com diferentes definições e frequências de reporte distintas. Para reduzir e racionalizar a recolha de dados, a OMS liderou um grupo de trabalho que criou a Lista de Referência Mundial de 100 Indicadores Essenciais de Saúde². A Lista utiliza dois quadros conceptuais para classificar os 100 indicadores. Ao longo deste trabalho, privilegiaremos a classificação em três domínios da saúde (com subdomínios), a saber: estado de saúde (mortalidade por idade e sexo, mortalidade por causa, morbilidade e fertilidade); cobertura de serviços (reprodutiva, materna, recém-nascido, criança e adolescente, imunização, VIH, VIH/TB, tuberculose, malária, doenças tropicais negligenciadas, rastreio e cuidados preventivos e saúde mental) e sistemas de saúde (qualidade e segurança dos cuidados, acesso, recursos humanos em saúde, informação sobre saúde, financiamento da saúde e segurança da saúde).

As principais Fontes de Informação sobre Estatísticas em Saúde no espaço da CPLP

Os 50 anos desde o 25 de abril de 1974, nos 8 dos 9 países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa – CPLP (Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste), foram marcados por inúmeras transformações económicas, sociais e políticas resultantes de diversos fatores, nomeadamente os decorrentes da revolução de 25 de abril de 1974 e da descolonização. Os sistemas nacionais que produzem e disponibilizam as principais estatísticas também tiveram uma evolução dependente dessa conjuntura. Para poder contextualizar a evolução dos indicadores de saúde nos países da CPLP, é fundamental caracterizar de forma sucinta a leis de base dos sistemas estatísticos nacionais. Embora, em Portugal e no Brasil, os Institutos Nacionais de Estatística (INE) tenham nascido no início do século passado (23 de maio de 1935 e 29 de maio de 1936 respectivamente), a maioria dos INE restantes só foram criados oficialmente no pós-25 de abril, depois da década de 1990: em Angola, pela Lei nº 5/96, de 12 de abril; em Cabo Verde, por meio do Decreto-Lei nº 49/96; na Guiné-Bissau, pelo Decreto-Lei nº 2/1991, de 25 de março; em Moçambique, mediante o Decreto Presidencial nº 9/96, de 28 de agosto; e em São Tomé e Príncipe, pela Lei nº 5/98, de 3 de dezembro. No caso de Timor-Leste, o INE foi criado recentemente (Decreto-Lei nº 4/2023, de 15 de fevereiro) embora a atividade estatística tenha vindo a ser desenvolvida desde 2003, pela Direção Nacional de Estatísticas (Decreto-Lei nº 17/2003, de 1º de outubro).

A disponibilidade de dados consistentes e de qualidade para calcular os indicadores de saúde nesses últimos 50 anos depende essencialmente da frequência da realização dos Censos (Recenseamento Geral da População) e da implementação de Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS) com cobertura em nível Nacional. Ademais, nesse contexto, os diferentes Estados-Membros da CPLP têm vindo a ter um desenvolvimento distinto. Em Portugal e no Brasil, os Censos são realizados regularmente desde o início do século XX, situação esta distinta da verificada nos restantes Estados-Membros da CPLP. Em Angola, o primeiro Recenseamento Geral da População e Habitação do pós-25 de abril foi realizado em 2014 (INE, Angola). Desde 1970 que Angola não realizava um Censos por motivos de instabilidade política e social. Já em Cabo Verde, foram realizados Censos em 1980, 2010 e 2021(INE, Cabo Verde) e na Guiné-Bissau, em 1979,1991, 2009 e 2019 (INE, Guiné-Bissau). Em São Tomé e Príncipe, em 2012 e 2022 (INE, São Tomé e Príncipe), e em Timor-Leste, nos anos de 2004, 2010 e 2020 (INE Timor-Leste). Já os primeiros Inquéritos Nacionais de Saúde nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

(PALOP) e Timor-Leste foram realizados no final da década 1990; na Guiné-Bissau (1º Inquérito de Indicadores Múltiplos de Saúde), 1996; em Moçambique (1º Inquérito Demográfico e de Saúde), em 1997; e em Cabo Verde (1º Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva), em 1998. Em Angola, o 1º Inquérito de Indicadores Múltiplos de Saúde foi implementado em 2006; em São Tomé e Príncipe, em 2008/09; e em Timor-Leste, em 2009/10³.

A heterogeneidade das características demográficas, econômicas, sociais, culturais e de conflito armado dos países da CPLP teve inevitavelmente um impacto na evolução dos principais indicadores de saúde ao longo dos 50 anos após o 25 de abril de 1974. No entanto, os estudos que caracterizam esta evolução ainda são escassos.

O objetivo deste capítulo é de explorar as tendências de indicadores relevantes da área da saúde em oito países da CPLP de 1974 a 2023. Para esse efeito, serão analisadas as séries longas de indicadores de estado de saúde, de cobertura de serviços e de sistemas de saúde para os quais existe informação temporal consistente e comparável para os Estados-Membros.

MATERIAIS E MÉTODOS

TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo de séries temporais.

POPULAÇÃO E PERÍODO DE ANÁLISE

A população-alvo são oito dos nove países que integram a CPLP: Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste. O período de análise é entre 1975 e 2023.

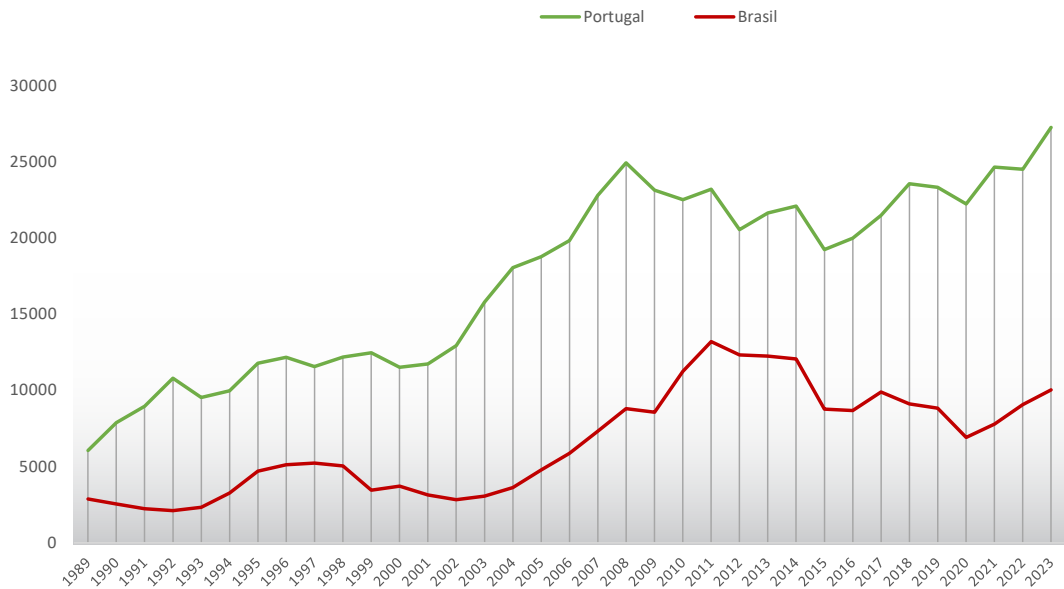
CONTEXTO

A CPLP é uma organização multicontinental criada em 17 de julho de 1996 por Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe, em Lisboa, na Cimeira de Chefes de Estado e de Governo. Em 20 de maio de 2002, Timor-Leste tornou-se o oitavo país-membro da Comunidade, e em 2014, a Guiné Equatorial tornou-se o nono membro de pleno direito. Atualmente, são nove os Estados-Membros da CPLP; no entanto, neste capítulo, não apresentaremos indicadores da Guiné Equatorial uma vez que o país não se enquadra no contexto económico e social do pós-25 de abril de 1974.

Três dos oito países-membros da CPLP, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tome e Príncipe, estão classificados pelo Banco Mundial como países de Baixo Rendimento enquanto Angola, Cabo Verde e Timor-Leste são países de Baixo e Médio Rendimento. o Brasil é um país de Médio e Alto Rendimento, e Portugal é classificado como sendo de Alto Rendimento⁴.

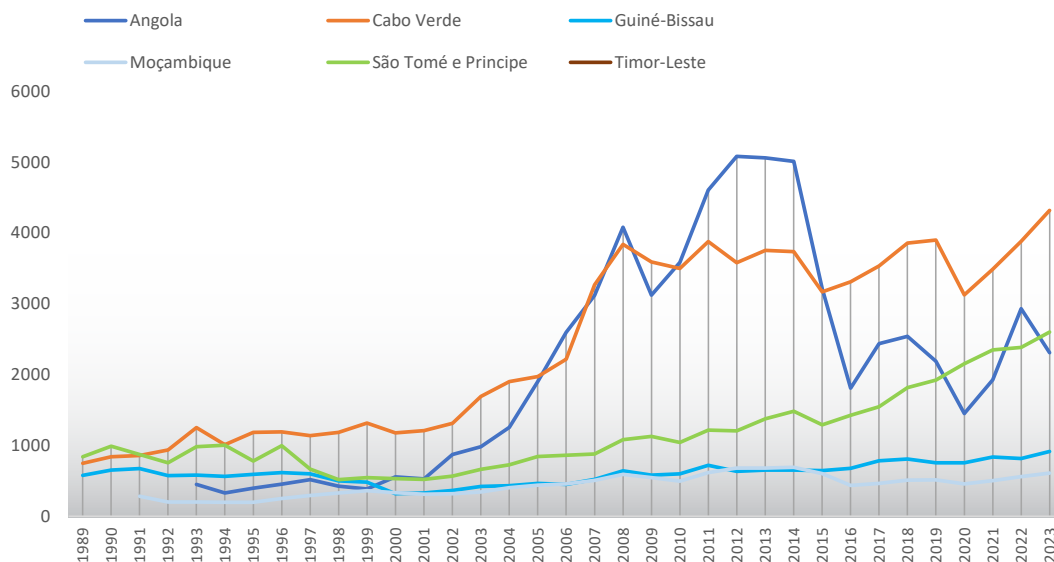
As figuras 1 e 2 representam a série temporal do Produto Interno Bruto (PIB) per capita nos oito Estados-Membros estimada pelo Banco Mundial, no intervalo de 1989 a 2023. Essas tendências traduzem a forma como a riqueza dos países foi crescendo ao longo do tempo, com interrupções pontuais ligadas essencialmente a marcos históricos, como crises econômicas e financeiras, conflitos armados (que não afetaram todos os países da mesma forma nem no mesmo período) e a crise pandêmica da covid-19 em 2020. Em termos gerais, os ganhos obtidos em termos de PIB per capita foram consideráveis ao longo dos 35 anos em análise, sobretudo em Angola e Timor-Leste, onde o PIB per capita em 2023 foi, respectivamente, cerca de 6 e 5 vezes superior ao valor de 1989. Já na Guiné-Bissau, esse indicador, em 2023, foi apenas cerca de 1,6 vez maior do que em 1989.

Figura 1. Evolução do PIB per capita em US dólares: Brasil e Portugal (1989-2023)



Fonte: Séries do Banco Mundial⁵.

Figura 2. Evolução do PIB per capita em US dólares: restantes Estados-Membros (1989-2023)



Fonte: Séries do Banco Mundial¹⁵.

As assimetrias acima referidas, que também se refletem em outras dimensões, sugerem um perfil demográfico e socioeconômico heterogêneo conjugado com eventuais episódios de conflito armado no pós-25 de abril e deverão servir de base à discussão da evolução dos indicadores de saúde nos últimos 50 anos nos oito países da CPLP (tabela 1).

Tabela 1. Perfil dos Estados-Membros da CPLP em diversas dimensões (2021)

País	População (milhões de habitantes)	Escolaridade média (anos)	Taxa de fecundidade	EMV Mulheres	EMV Homens	Conflito Armado no pós-25 de abril
Guiné-Bissau	2,1	3,6	4,4	61,3	55,1	Sim 1998-1999
Moçambique	31,1	4,2	4,5	59,9	53,4	Sim 1976-1992
São Tomé e Príncipe	0,216	6,2	2,8	72,2	68,6	
Angola	32,7	6,3	5	63,7	58,4	Sim 1975 -2002

Tabela 1. Perfil dos Estados-Membros da CPLP em diversas dimensões (2021)

País	População (milhões de habitantes)	Escolaridade média (anos)	Taxa de fecundidade	EMV Mulheres	EMV Homens	Conflito Armado no pós-25 de abril
Cabo Verde	0,559	5,2	1,8	77,8	69	
Timor-Leste	1,4	5,6	3,8	70,5	66,9	Sim 1975-1999
Brasil	220,4	8	1,9	77,4	70,2	-
Portugal	10,6	9,6	1,3	84,4	78,5	-

Fonte: IHME, Perfis dos Países, 2021.

Legenda: EMV – Esperança Média de Vida.

DESCRIÇÃO DOS INDICADORES PROPOSTOS E RESPECTIVAS FONTES DE INFORMAÇÃO

Tabela 2. Características dos Indicadores de Saúde

Tipo de Indicador	Denominação	Unidade de medida	Período de análise e fonte
Cobertura dos Serviços	nº de médicos por 10 mil habitantes	-	1990-2019 IHME
	cobertura do programa de vacinação: tétano, difteria e tosse convulsa	% de crianças dos 12 aos 23 meses vacinadas contra difteria, tétano e tosse convulsa (DTP3)	1981-2022 Banco Mundial https://data.worldbank.org/indicator/
Sistemas de saúde	despesa em saúde per capita	Despesa corrente em saúde per capita (US\$)	2000-2021 Banco Mundial World Health Organization, Global Health Expenditure http://apps.who.int/nha/database
Estado de saúde	Mortalidade neonatal	Probabilidade de uma criança morrer nos primeiros 28 dias de vida por mil nados-vivos (NV).	1985-2022 World Health Organization 2024 data.who.int , Neonatal mortality rate (per 1000 live births) [Indicator]. https://data.who.int/indicators/i/E3CAF2B/A4C49D3

Tabela 2. Características dos Indicadores de Saúde

Tipo de Indicador	Denominação	Unidade de medida	Período de análise e fonte
Estado de saúde	Mortalidade infantil abaixo dos 5 anos	Probabilidade de uma criança morrer antes de completar 5 anos de idade, por mil NV	1975-2022 Banco Mundial https://data.worldbank.org/indicador/SH.DYN.MORT
	Razão de Mortalidade Materna	Mortes Maternas entre mulheres de 15 a 49 anos por 100 mil NV	1985- 2020 World Health Organization 2024 data.who.int , Maternal mortality ratio (per 100 000 live births) [Indicador]. https://data.who.int/indicators/i/C071DCB/AC597B1
	Esperança média de vida à nascença (Homens e Mulheres)	A esperança de vida à nascença indica o número de anos que um recém-nascido viveria se os padrões de mortalidade prevalentes na altura do seu nascimento se mantivessem inalterados ao longo da sua vida.	1975- 2022. Banco Mundial https://data.worldbank.org/indicador/SP.DYN.LE00.MA.IN

Fonte:elaboração própria.

ANÁLISE DE DADOS

Para explorar as tendências dos indicadores de saúde, foram calculadas estatísticas descritivas (frequências, médias e medianas) e realizados gráficos de barras e linhas de tendência, com recurso ao *software* Excel®.

RESULTADOS

Um dos maiores constrangimentos para a análise da evolução dos indicadores propostos é a escassez de estatísticas para muitos dos países entre 1975 e 1985 (à exceção do Brasil e de Portugal). Por outro lado, os indicadores de sistemas de saúde, como a despesa em saúde per capita, só estão disponíveis a partir de 2000, altura em que foram produzidas as primeiras contas-satélite da saúde (Sistema de Contas Nacionais). A disparidade dos anos a que os dados disponíveis se referem, bem como o espaçamento geralmente longo entre eles, limita a comparação entre os países para alguns dos indicadores propostos, nomeadamente nos primeiros dez anos após o 25 de abril.

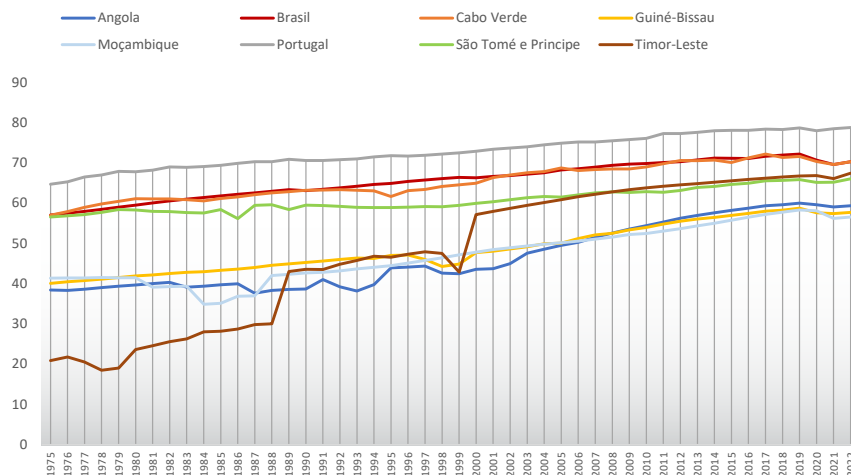
EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE ESTADO DE SAÚDE

Esperança Média de Vida à nascença

As figuras 3 e 4 apresentam a Esperança Média de Vida (EMV) à nascença dos homens e das mulheres entre 1975 e 2022 para cada país⁶.

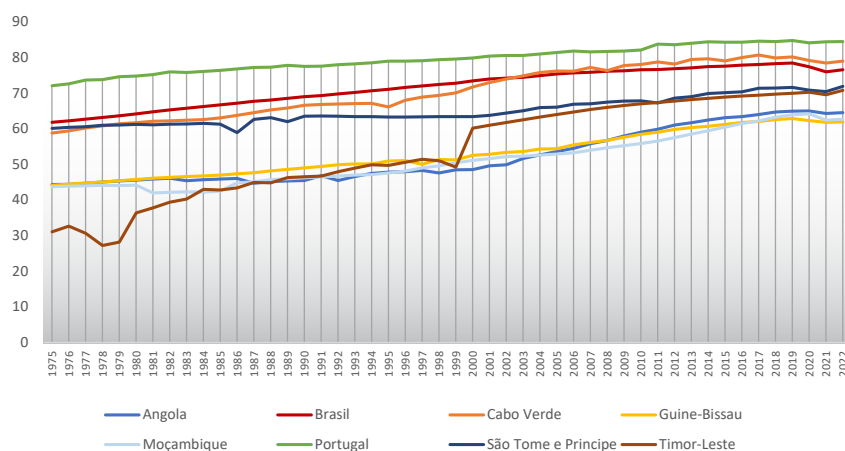
Em 1975, Portugal apresentava a maior EMV tanto para os homens (64,7) como para as mulheres (72,1); e Timor-Leste, os valores mais baixos (20,8 e 31 respectivamente).

Figura 3. Esperança Média de Vida à Nascença dos Homens entre 1975 e 2022 (em anos)



Fonte: Elaboração própria.

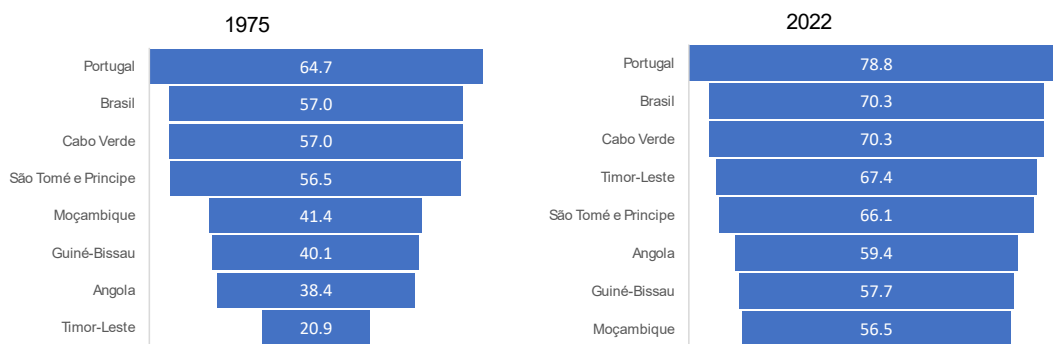
Figura 3. Esperança Média de Vida à Nascença das Mulheres entre 1975 e 2022 (em anos)



Fonte: Elaboração própria.

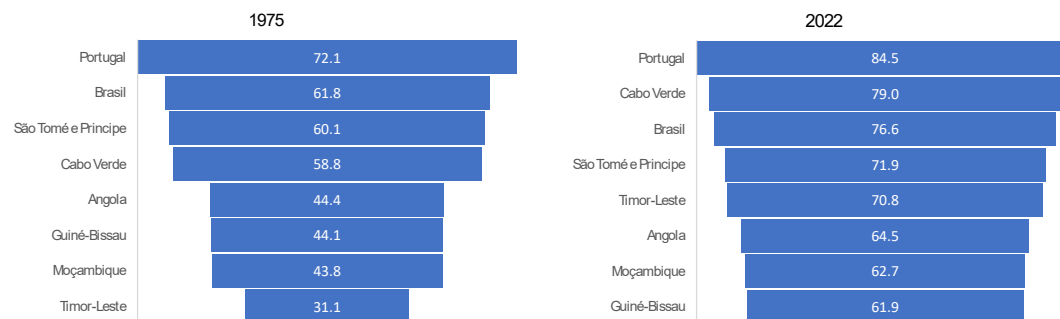
Embora todos os países tenham feitos progressos consideráveis ao longo dos 48 anos em análise, Timor-Leste destaca-se nesse indicador (figuras 5 e 6), tendo tido um ganho na EMV (medido pela variação percentual) de mais de 200% para os homens (passou de 20,8 para 56,5 anos) e mais de 100% para as mulheres (passou de 31,1 para 70,8 anos), ocupando em 2022 o 4º lugar em termos desse indicador nos países da CPLP. São Tomé e Príncipe foi o país que registou menores ganhos nos homens (17%), e Portugal, nas mulheres (17,2%). No caso das mulheres, salientam-se os progressos realizados em Cabo Verde que, em 2022, com uma EMV de 79 anos, ultrapassou o Brasil (76,5 anos) e ocupa o 2º lugar nos países da CPLP.

Figura 5. Posição dos países na Esperança Média de Vida à Nascença das Homens em 1975 e 2022



Fonte: Elaboração própria.

Figura 6. Posição dos países na Esperança Média de Vida à Nascença das Mulheres em 1975 e 2022

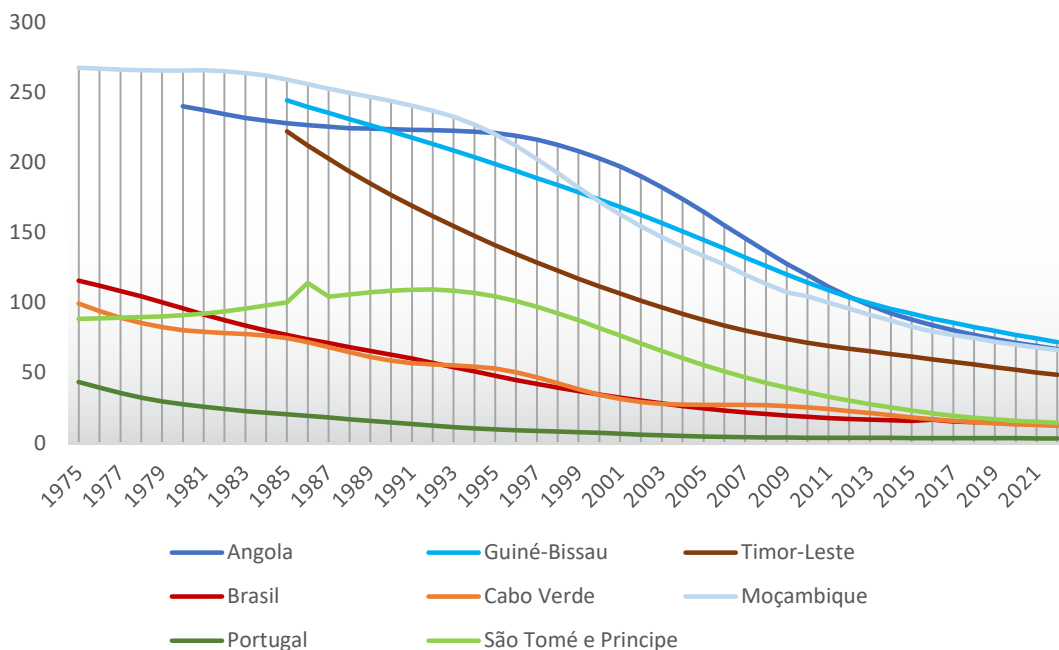


Fonte: Elaboração própria.

Mortalidade Infantil abaixo dos 5 anos

Na figura 7, está apresentada a tendência da mortalidade infantil desde 1975, embora as séries só estejam balanceadas a partir de 1985⁷. Em 1985, Moçambique apresentava o valor mais elevado desse indicador com uma mortalidade infantil abaixo dos 5 anos de idade de 259 óbitos por mil NV, seguido da Guiné-Bissau (244 por mil), Angola (228 por mil) e Timor-Leste (221 por mil).

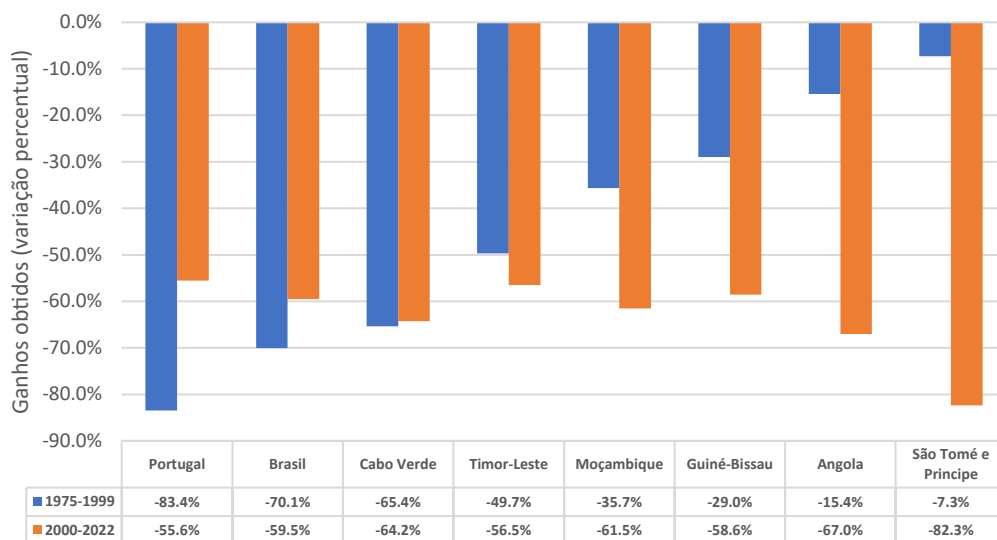
Figura 7. Tendência na mortalidade infantil abaixo dos 5 anos desde 1975



Fonte: Elaboração própria.

No período em análise, todos os países apresentaram progressos importantes nesse indicador (figura 8). Destacam-se os ganhos obtidos por Portugal e pelo Brasil entre 1975 e 2000 e os obtidos por São Tomé e Príncipe nos primeiros 22 anos deste século. No entanto, em 2022, ainda existem 4 países com valores inferiores a 25 por mil não atingindo ainda a meta proposta dos ODS (Angola, Guiné-Bissau, Moçambique e Timor-Leste).

Figura 8. Ganhos obtidos na mortalidade infantil nos 25 anos após o 25 de abril e nos primeiros 22 anos do século XXI

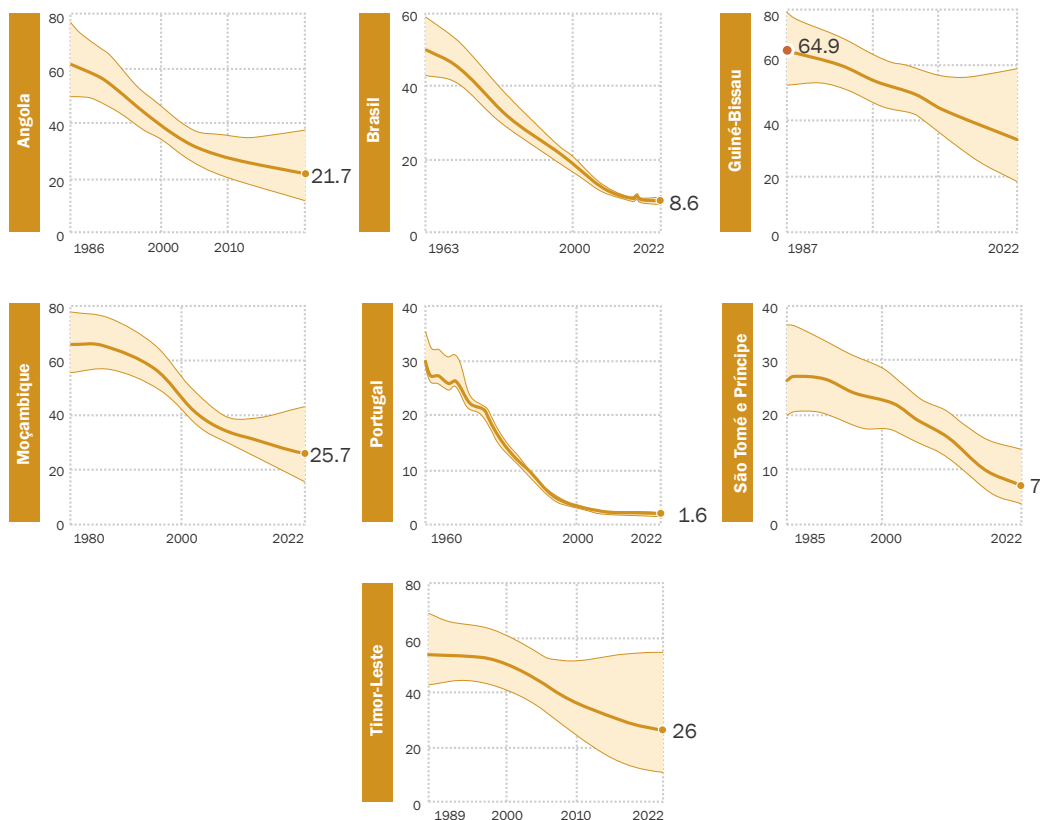


Mortalidade neonatal (por mil NV)

As séries temporais relativas a esse indicador estão disponíveis no Observatório Global de Saúde da OMS, em períodos temporais distintos para os oito países da CPLP. Para esse indicador, existem também representações gráficas com linhas de tendências e respectivos intervalos de confiança. Nesse sentido, optou-se por usar diretamente essa informação que é de acesso livre e podendo ser reproduzida desde que devidamente citada⁸.

Na figura abaixo (figura 9), mostram-se as tendências da taxa de mortalidade neonatal (por mil NV) nos países da CPLP com base em toda a série disponível no Observatório Global de Saúde da OMS.

Figura 9. Tendências na Mortalidade neonatal (óbitos por mil NV)

Fonte: Word Health Organization⁷

Embora tenham sido verificados progressos em todos os países desde o final dos anos 1980, esse indicador, em 2022, continuava ainda elevado para quatro países: Angola, Guiné-Bissau, Moçambique e Timor-Leste. É de notar o progresso notável de Portugal, São Tomé e Príncipe e do Brasil ao longo dos 34 anos desde 1989 (tabela 3).

Tabela 3. Mortalidade neonatal (por mil NV) em 1989 e 2022

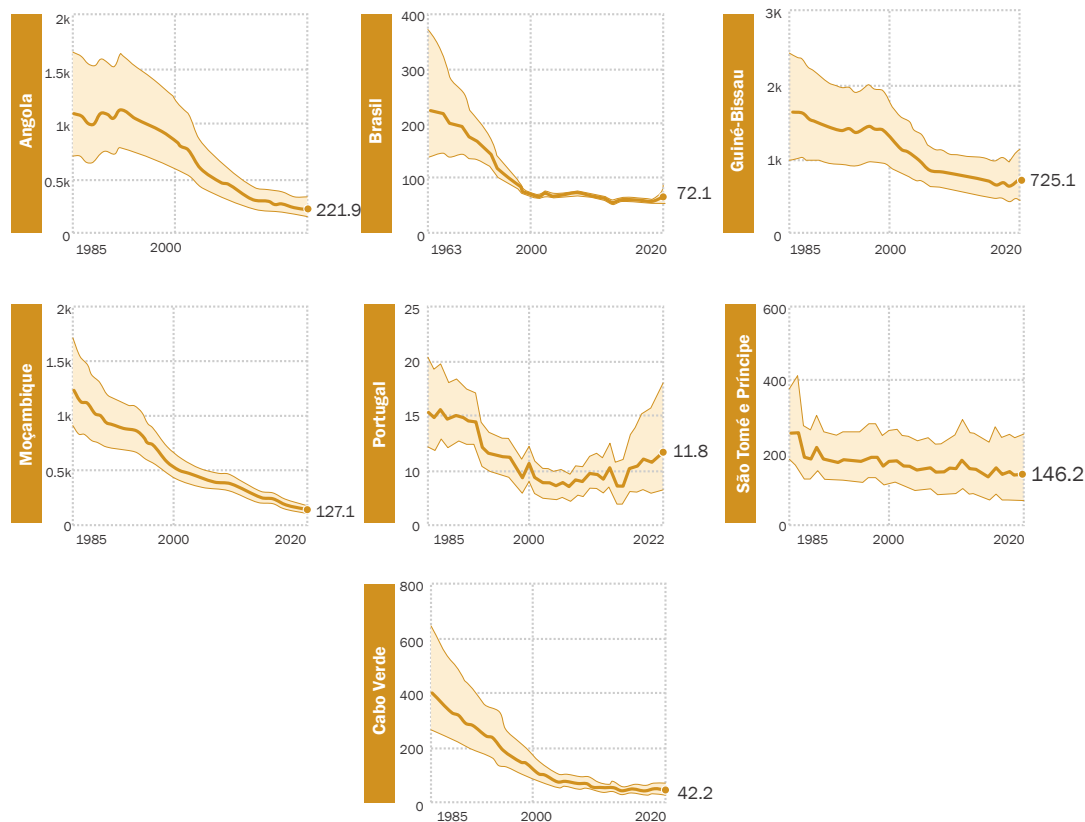
Mortalidade neonatal (por mil NV)	1989	2022	Redução de mortes por mil NV	Ganhos (%)
Angola	53,8	26	27,8	51,7%
Brasil	27,8	8,57	19,23	69,2%
Cabo-Verde	19,6	8,7	10,9	55,6%
Guiné-Bissau	64	33,6	30,4	47,5%
Moçambique	63,4	25,7	37,7	59,5%
Portugal	8	1,6	6,4	80,0%
São Tomé e Príncipe	27,1	7	20,1	74,2%
Timor-Leste	58,4	21,7	36,7	62,8%

Fonte:elaboração própria.

Razão de Mortalidade Materna (óbitos por 100 mil NV)

A figura 10 apresenta as tendências da Razão de Mortalidade Materna de 1985 a 2020 com base nos indicadores disponíveis no Observatório Global de Saúde da OMS⁷. Em 1985, havia uma enorme disparidade nesse indicador entre os vários Estados-Membros da CPLP, com Timor-Leste, Guiné-Bissau e Moçambique e Angola a apresentar valores de razão de mortalidade acima de mil mortes por 100 mil NV e Portugal a atingir o valor de 15,5 mortes por 100 mil NV.

Figura 10. Tendências na Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil NV)



World Health Organization⁸

Embora se observe, para todos os países, um progresso nesse indicador ao longo dos 36 anos analisados, destaca-se o decréscimo de Angola, Cabo Verde, Moçambique e Timor-Leste (tabela 4). No entanto, em 2020, para Angola, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe, Moçambique e Timor-Leste, os valores desse indicador ainda estão muito acima de 70 por 100 mil (meta preconizada no âmbito da Agenda 2030).

Tabela 4. Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil NV) em 1985 e 2020

Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil NV)	1985	2020	Redução por 100 mil NV	Ganhos (%)
Angola	1097,9	221,9	876	79,8%
Brasil	227	72,1	154,9	68,2%
Cabo-Verde	399,8	42,2	357,6	89,4%
Guiné-Bissau	1651,9	752,1	899,8	54,5%
Moçambique	1240,2	127,1	1113,1	89,8%
Portugal	15,58	11,8	3,78	24,3%
São Tomé e Príncipe	256,9	146,2	110,7	43,1%
Timor-Leste	1671,8	203,92	1467,88	87,8%

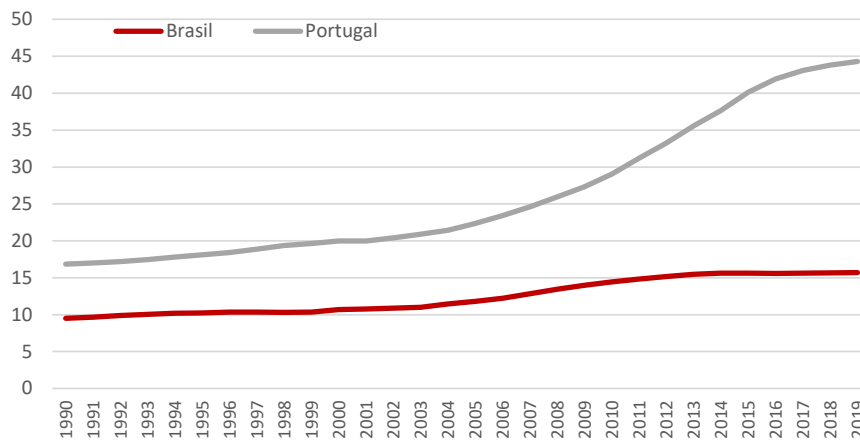
Fonte:elaboração própria.

INDICADORES DE COBERTURA

Número de médicos (generalistas, especialistas e outros por 10 mil habitantes)

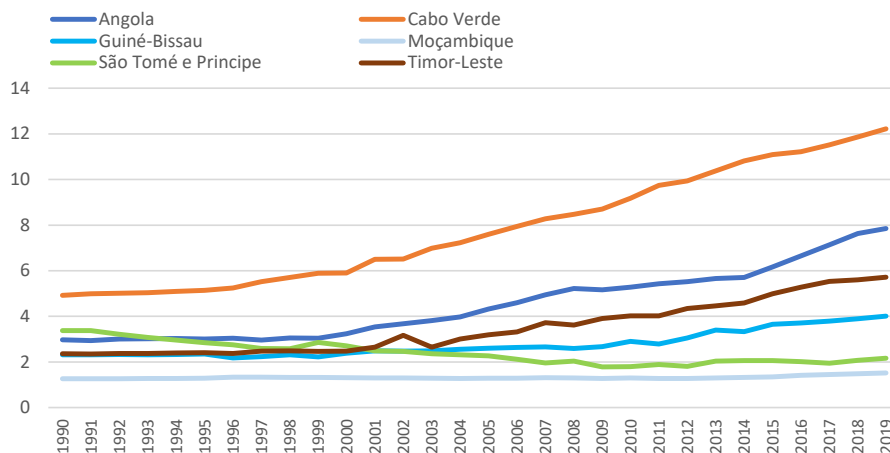
Segundo os autores de um estudo publicado na Revista Lancet em 2022⁹, existe uma dificuldade muito grande em ter dados comparáveis para os diferentes países ao longo do tempo sobre recursos humanos em saúde, nomeadamente devido às diferentes definições usadas pelas instituições produtoras das estatísticas do mercado de trabalho. Assim, optou-se por usar as estimativas disponibilizadas pelo Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) por serem séries alisadas, sem quebras e com uma definição comum, mesmo tendo o inconveniente de só existirem dados até 2019.

Figura 11. Tendência do número de médicos por 10 mil habitantes (estimação IHME): Portugal e Brasil (1990-2019)



Fonte: Elaboração própria.

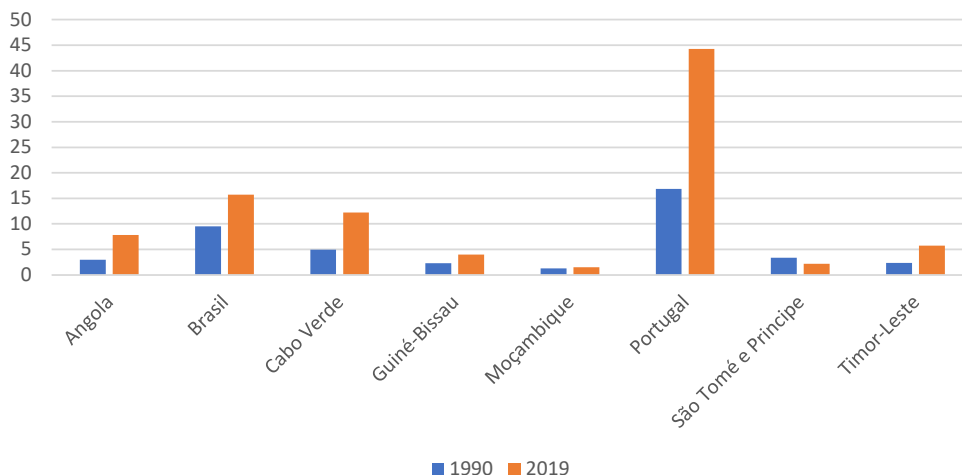
Figura 12. Tendência do número de médicos por 10 mil habitantes nos PALOP e Timor-Leste (estimação IHME)



Fonte: Elaboração própria.

As figuras 11 e 12 apresentam a tendência do número de médicos por 10 mil habitantes entre 1990 e 2019. A evolução desse indicador foi crescente para quase todos os países, com Angola, Portugal, Cabo Verde e Timor-Leste a apresentar valores em 2019 cerca de 2,5 vezes superiores aos de 1990 (figura 13). Moçambique continua a ser o país com maior carência em termos desses recursos humanos, e São Tomé e Príncipe apresentou uma tendência decrescente nesse período.

Figura 13. Comparação do número de médicos em 1990 e 2019 (estimação IHME)



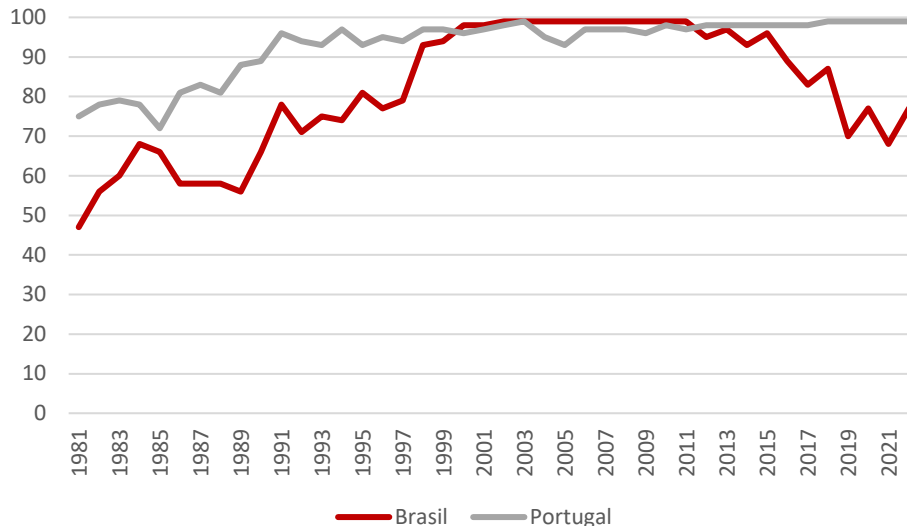
Fonte: Elaboração própria.

Dados mais recentes, publicados pela OMS, mas não diretamente comparáveis com essas séries temporais, mostram que houve um aumento considerável nesse indicador entre 2019 e 2022 tanto em Cabo Verde como em São Tomé e Príncipe¹⁰. Observa-se ainda que tanto em 1990 como em 2019 os valores desse indicador são muito díspares, variando de cerca de 1 médico por 10 mil habitantes para Moçambique a aproximadamente 44 para Portugal.

Cobertura da Vacina contra a difteria, tétano e tosse convulsa em crianças com idades de 12 a 23 meses

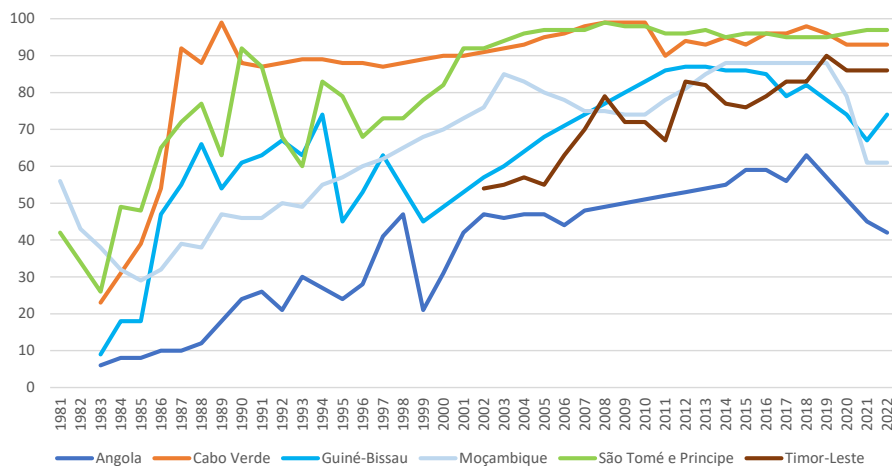
As figuras 14 e 15 apresentam a evolução deste indicador de cobertura do plano vacinal para os oito países da CPLP desde 1981. Tanto para os PALOP como para Timor-Leste, as séries apresentam quebras ligadas à periodicidade de realização dos inquéritos, e como tal, a análise da tendência desse indicador deve ser feita com alguma precaução. Nesses seis países, verifica-se uma tendência positiva até 2020 (ano de início da pandemia da covid-19) embora Cabo Verde e São Tomé e Príncipe apresentem taxas de vacinação mais elevadas, e em 2020, muito próximas de 100%.

Figura 14. Vacinação contra TDT no PALOP e Timor-Leste (% de crianças com idades de 12 a 23 meses)



Fonte: World Bank¹¹.

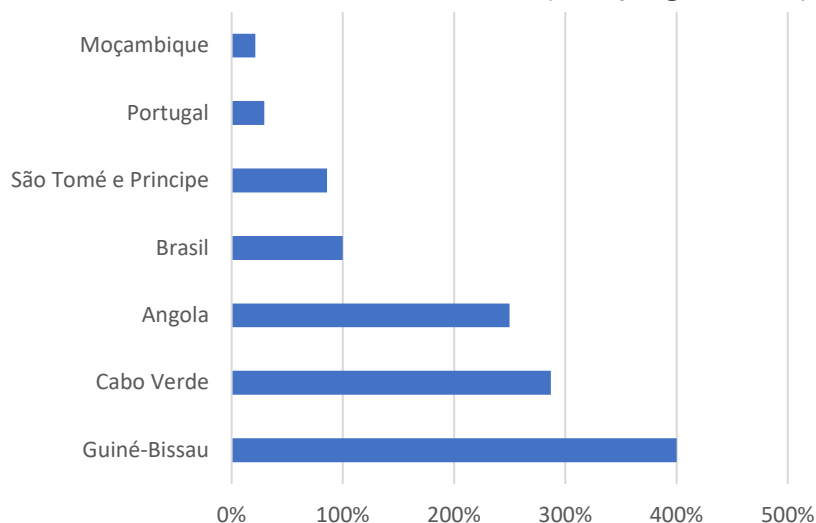
Figura 15. Vacinação contra TDT em Portugal e no Brasil (% de crianças com idades de 12 a 23 meses)



Fonte: World Bank¹¹.

Os maiores ganhos obtidos durante esse intervalo de tempo foram os referentes a Guiné-Bissau, os quais, em 1983, tinham menos de 10% de crianças entre os 12 e 23 meses vacinadas, e em 2020, cerca de 70%.

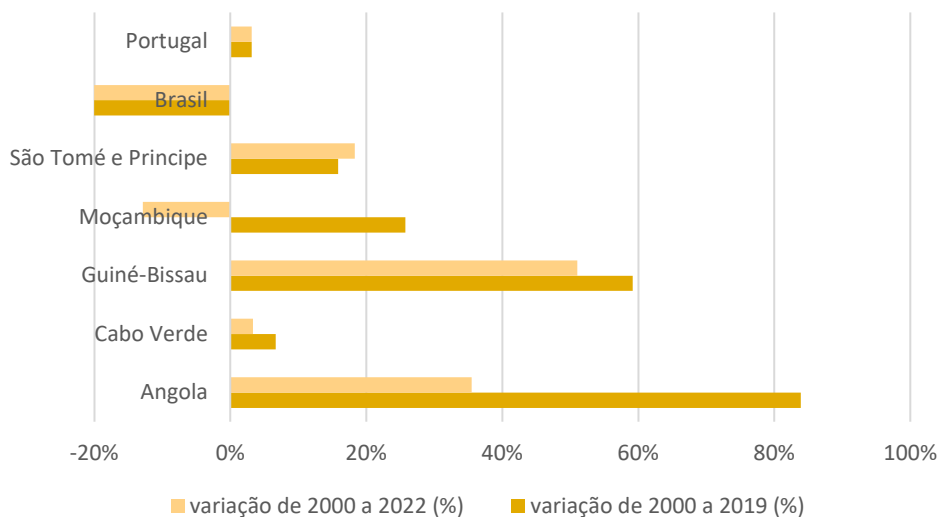
Figura 16. Ganhos obtidos desde 1981 na cobertura vacinal (variação percentual)



Fonte: Elaboração própria.

Portugal atinge a cobertura total desde o final dos anos 1990, valor este que se tem mantido até os dias de hoje. Já no Brasil, após um período de tendência crescente e tendo atingido a cobertura total em 2000, esse indicador sofreu uma evolução negativa desde 2015 até ao período do início da pandemia, existindo, desde 2021, uma tendência positiva.

Figura 17. Efeito da pandemia da covid-19 na vacinação de tétano, difteria e tosse convulsa



Fonte: Elaboração própria.

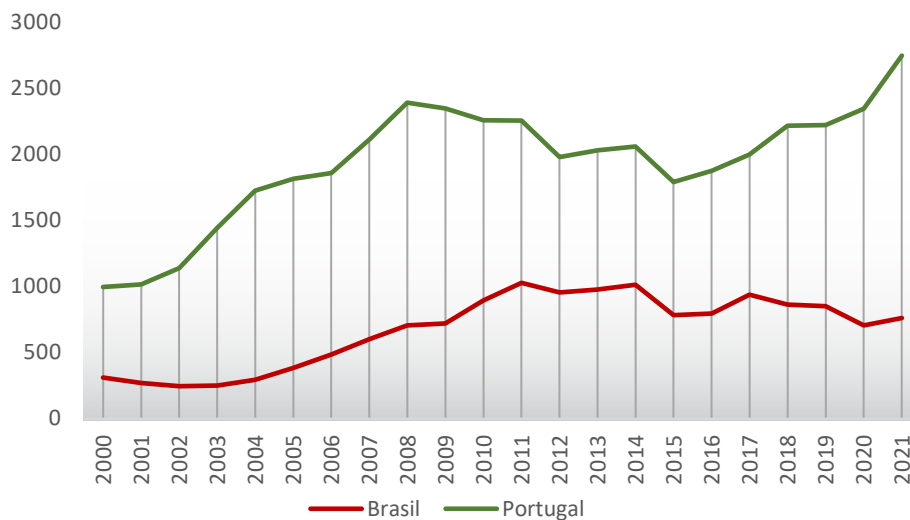
Nota-se que, no período referente à pandemia da covid-19, as tendências positivas desse indicador inverteram-se em quase todos os países (figura 17), tendo sido Moçambique o país que mais ficou penalizado em relação aos anos anteriores.

INDICADORES DE SISTEMAS DE SAÚDE (2000-2022)

Despesa em saúde per capita

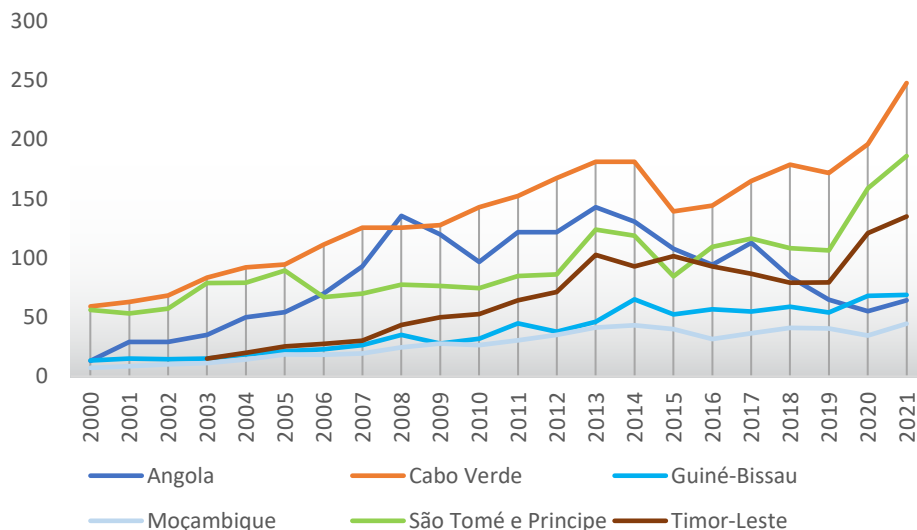
As figuras 18 e 19 mostram as tendências na despesa em saúde per capita desde 2000 nos oito Estados-Membros da CPLP. Em 2000, Portugal gastou US\$ 995 per capita no domínio da saúde, valor este três vezes superior ao do Brasil e cerca de 140 vezes superior ao gasto por Moçambique no mesmo período. A tendência ao longo dos 22 anos em análise está ligada às várias crises econômicas e financeiras que tiveram lugar nesse intervalo de tempo; no entanto, existem dois países cujas tendências têm vindo a ser desfavoráveis desde 2017: Angola e Brasil.

Figura 18. Despesas em saúde per capita em US dólares para Portugal e Brasil (2000-2021)



Fonte: World Health Organization¹².

Figura 19. Despesas em saúde per capita em US dólares para PALOP e Timor-Leste (2000-2021)



Fonte: World Health Organization¹².

DISCUSSÃO

A análise das tendências dos principais Indicadores de Saúde apresentados neste estudo sugere que, tanto no período que se seguiu ao 25 de abril de 1975 como ainda atualmente, existem grandes desigualdades entre os oito países da CPLP, o que era expectável dadas as diferenças marcantes existentes ao nível de desenvolvimento económico desses países. Mais relevante do que comparar os países entre si é a análise dos progressos realizados no pós-25 de abril.

Em relação aos indicadores do estado geral de saúde, evidenciam-se os enormes progressos alcançados por Timor-Leste na EMV ao nascer tanto nos homens como nas mulheres. Este país, que estava na cauda da CPLP em 1975, ultrapassou, em 2022, países como Angola, São Tomé e Príncipe e Guiné-Bissau. Também houve melhorias consideráveis em Timor-Leste nos restantes indicadores, que resultam de um conjunto de estratégias multissetoriais cujo sucesso está relatado em diversos casos de estudo¹³. Cabo Verde também se destaca na EMV à nascença das mulheres que, em 2022, ultrapassou o valor correspondente para o Brasil, assim como nos ganhos obtidos em nível da mortalidade infantil e da razão de mortalidade materna. Esses progressos estão inevitavelmente ligados ao aumento do investimento feito nos recursos humanos em saúde¹⁴, com Cabo Verde a apresentar um número de médicos por 10 mil habitantes cada vez mais próximo do valor estimado para Brasil.

Nos indicadores de cobertura, é importante referir a redução na cobertura vacinal nos últimos anos no Brasil, fato este que pode estar relacionado com movimentos antivacinas conforme já referido por Malta et al.¹⁵. Moçambique surge como sendo um dos países com mais fragilidades resultantes não só de continuar a ser um dos países menos desenvolvidos do mundo (posição 185 em 191 países no Índice de Desenvolvimento Humano), mas também da exposição contínua a eventos climáticos extremos e a conflitos armados, como o existente em Cabo Delgado desde 2017. Este foi também o país da CPLP mais afetado pela pandemia da covid-19 em termos de cobertura vacinal, onde os progressos notáveis obtidos em anos anteriores foram revertidos. No entanto, dadas todas essas condicionantes ligadas à pobreza, aos eventos extremos e ao conflito armado, Moçambique tem conseguido melhorar grande parte dos seus indicadores em saúde, com progressos muitas vezes superiores aos de países mais desenvolvidos, como a Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe.

Este estudo mostra uma CPLP díspar e a progredir a velocidades distintas desde o 25 de abril de 1975. Atualmente, os desafios globais são imensos, como o resultante atualmente da epidemia de mpox, que está a afetar, sobretudo, uma parte do continente africano, pondo a descoberto todas as fragilidades subjacentes a sistemas de saúde frágeis e subfinanciados. Como vimos, atualmente, a despesa em saúde per capita (em dólares) continua muito baixa na maior parte dos PALOP e Timor-Leste, principalmente em Moçambique, Angola e Guiné-Bissau, onde os valores em 2022 não excederam os US\$ 70 por habitante. Ora, são esses os países com cargas de doença mais elevadas da CPLP, nomeadamente nas crianças e nas doenças transmissíveis (IHME, Country Profiles).

Esse panorama é tão mais preocupante que, segundo um estudo realizado pelo IHME, a despesa corrente em saúde per capita em Moçambique não deverá aumentar até 2050, sendo os aumentos previstos para Angola e Guiné-Bissau relativamente baixos¹⁶. Desse modo, e conforme já salientado por Malta et al.¹⁵, é fundamental reforçar a construção de parcerias e intercâmbios entre a CPLP, especialmente no apoio aos países que, até o momento, apresentam piores desempenhos. Nesse contexto, deverá ser dinamizada a Rede do Institutos Nacionais de Saúde da CPLP assim como os grupos de trabalho intersetoriais de apoio à implementação do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP.

CONCLUSÕES

Os indicadores de estado geral de saúde, de cobertura e de sistemas de saúde nos oito países da CPLP analisados nos últimos 50 anos revelaram perfis de saú-

de heterogêneos tanto nas duas décadas a seguir ao 25 de abril como mais recentemente. Todos os países melhoraram a sua performance, no entanto, fizeram-no com trajetórias diferentes e a um ritmo próprio, em parte devido às circunstâncias econômicas, financeiras, políticas e históricas que marcaram cada Estado-Membro nesses últimos 50 anos.

As guerras civis e outros conflitos armados, os desastres naturais e as alterações climáticas que têm fustigado muitos desses países condicionaram inevitavelmente o progresso em termos de indicadores de saúde. As desigualdades existentes entre Estados-Membros em 1975 persistem ainda atualmente, mas foram atenuadas em todos os domínios. Em um mundo cada vez mais instável e incerto, torna-se fundamental reforçar as redes e as parcerias de cooperação existentes entre Estados-Membros para que as trajetórias futuras desses indicadores continuem a progredir na direção mais certa, melhorando a qualidade de vida e bem-estar de todos.

APROVAÇÃO POR COMITÊ DE ÉTICA

Este estudo usa dados secundários disponíveis e de acesso livre. Como tal, não é necessária a sua aprovação por um Comité de Ética.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global reference list of 100 core health indicators, WHO/HIS/HSI/2015.3. Geneva: WHO; 2015
2. Macfarlane SB, AbouZahr C, Tangcharoensathien V. National Systems for Generating and Managing Data for Health. In: Macfarlane S, AbouZahr C, editors. The Palgrave Handbook of Global Health Data Methods for Policy and Practice. London: Palgrave Macmillan; 2019. p. 3-23. DOI: 10.1057/978-1-137-54984-6_1
3. The Demographic and Health Surveys. New Publications [Internet]. The DHS Program; 2024 [cited 2024 Oct 16]. Available from: <https://dhsprogram.com/publications/>
4. World Bank. The World by Income and Region [Internet]. Washington, DC: World Bank Group; 2023 [cited 2024 Oct 16]. Available from: https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/the-world-by-income-and-region.html?_gl=1*jf56ii*_gcl_au*MTU3MTI0MDkxNC4xNzI1NDQzNjI1

5. World Bank. GDP per capita (current US\$) [Internet]. Washington, DC: World Bank Group; 2023 [cited 2024 Oct 16]. Available from: . <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>
6. World Bank. Life expectancy at birth, male (years) [Internet]. Washington, DC: World Bank Group; 2023 [cited 2024 Oct 16]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.MA.IN>
7. World Health Organization. Maternal mortality ratio (per 100 000 live births) [Internet]. WHO. 2023 May 11 [cited 2024 Oct 16]. Available from: <https://data.who.int/indicators/i/C071DCB/AC597B1>
8. World Health Organization. Neonatal mortality rate (per 1000 live births) [Internet]. WHO. 2024 May 16. [cited 2024 Oct 16]. Available from: <https://data.who.int/indicators/i/E3CAF2B/A4C49D3>
9. GBD 2019 Human Resources for Health Collaborators. Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2022;399(10341):2129-54. DOI: 10.1016/s0140-6736(22)00532-3
10. World Health Organization. Density of physicians (per 10 000 population) [Internet]. Geneva: WHO; 2024 May 20 [cited 2024 Oct 16]. Available from: <https://data.who.int/indicators/i/CCCEBB2/217795A>
11. World Bank. Immunization, DPT (% of children ages 12-23 months). WHO; 2023 [cited 2024 Oct 16]. Available from: [https://data.worldbank.org/indicator/SH.IMM.IDPT?view=chartDPT coverage](https://data.worldbank.org/indicator/SH.IMM.IDPT?view=chartDPT%20coverage)
12. World Health Organization. Global Health Expenditure [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2024 Oct 16]. Available from: <http://apps.who.int/nha/database>
13. Martins N, Gusmao C, Martins J, Viegas O. Timor-Leste: a primary health care case study in the context of the COVID-19 pandemic. Geneva: WHO; 2023.
14. Delgado AP, Tolentino AC, Ferrinho P. The evolution of the medical workforce in Cape Verde since independence in 1975. *Hum Resour Health*. 2017;15(1):5. DOI: 10.1186/s12960-017-0180-9
15. Malta DC, Araújo VEM, Cardoso LSM, Silva AG, Veloso GA, Hartz ZMA, et al. Metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionadas com a saúde nos Países de Língua Portuguesa, 1990 a 2030. In: Malta DC, Araújo VEM, Cardoso LSM, Silva AG, Veloso GA, Hartz ZMA, organizadores. *Comunidade dos Países de Língua Portuguesa e Determinantes*

Sociais da Saúde. Brasília, DF: Conass; 2024. p. 20-37. (Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde, v. 11).

16. Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing Global Health 2023: The Future of Health Financing in the Post-Pandemic Era. Seattle, WA: IHME; 2024.

Não existem conflitos de interesse