

Avaliação das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionadas à saúde nos países de língua portuguesa

Evaluation of the health-related targets of the Sustainable Development Goals in Portuguese-speaking countries

Deborah Carvalho Malta

Doutora em Saúde Coletiva. Professora Associada e pesquisadora da Escola de Enfermagem da UFMG, bolsista de produtividade e pesquisadora do CNPQ. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Laís Santos de Magalhães Cardoso

Mestre em Saneamento, Meio Ambiente e Recursos Hídricos. Doutoranda em Enfermagem e Saúde na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Renato Azeredo Teixeira

Mestre em Saúde Pública. Membro colaborador do Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Quéren Hapuque de Carvalho

Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda em Enfermagem e Saúde na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Antônio Pinto Ribeiro

Médico. Doutor em Cardiologia. Professor de Clínica Médica. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Paula Carvalho de Freitas

Psicóloga. Assessora de Planejamento do Departamento de Análise de Situação e Vigilância de Não Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde; Brasília, DF, Brasil

Zulmira M. A. Hartz

Professora Catedrática Convidada, GHM, Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade NOVA de Lisboa, Portugal

Resumo

Introdução: No contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, torna-se importante o monitoramento do desempenho dos países signatários.

Objetivo: analisar indicadores de saúde dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, estimados pelo Institute for Health Metrics and Evaluation para os Estados que integram a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, referentes ao ano de 2017 e projeções para 2030.

Materiais e métodos: Foram utilizadas as estimativas do estudo “Carga Global de Doenças”. Para cada país, e comparativamente entre eles, foram analisados um índice que sintetiza 41 indicadores de saúde dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, e os próprios indicadores, cujos valores foram transformando-os em escala de 0 a 100. Também se analisou a evolução do índice para cada país no período compreendido entre 1990 e 2017 e as tendências projetadas até o ano de 2030.

Resultados: Os melhores desempenhos foram observados para Portugal e Brasil, nesta ordem. Nestes países, os maiores problemas de saúde referem-se às doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco correlatos, e, no Brasil, destaca-se também a violência. Nos demais países, observam-se: tripla carga de doenças, doenças infecciosas, problemas relacionados ao saneamento, elevadas taxas de mortalidade na infância, materna e por doenças crônicas não transmissíveis, além da violência sexual e agressões físicas.

Conclusão: A CPLP apresenta assimetrias internas econômico-sanitárias e na carga de doenças, o que torna premente o estabelecimento de uma rede de cooperação para o cumprimento da Agenda 2030.

Palavras-chave:

Objetivos de desenvolvimento sustentável, Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, doenças crônicas não transmissíveis, violência, cobertura universal de saúde.

Abstract

Introduction: In the context of the Sustainable Development Goals, it is important to monitor the performance of the signatory countries.

Objective: This study aims at analyzing the Sustainable Development Goals's health indicators for 2017 and projections for 2030 estimated by the Institute for Health Metrics and Evaluation, regarding the Community of Portuguese-Speaking Countries.

Materials and methods: Data from the Global Burden of Disease Study were used. In order to compare countries performances, it was analyzed an index that synthesizes 41 Sustainable Development Goals's health indicators and also the values of each indicator, rescaled to a range from 0 through 100. The evolution of the index comprising the years of 1990 to 2017 and the projected trends until the year 2030 were analyzed for each country.

Results: The best performances were observed for Portugal and Brazil, in that order. In these countries, the greatest health problems are related to and related risk factors, and in Brazil violence is also highlighted. In other countries, there is a triple burden of diseases, infectious diseases, problems related to water supply and sanitation, high infant and maternal mortality rates, and high mortality rates due to noncommunicable diseases, sexual violence and physical aggression.

Conclusion: The Community of Portuguese-Speaking Countries presents internal disparities concerning economic and health status and the burden of diseases, which makes it urgent to establish a cooperation network to accomplish the 2030 agenda.

Key words:

Sustainable development goals, community of Portuguese-speaking countries, noncommunicable diseases, violence, universal health coverage.

Introdução

A temática do desenvolvimento sustentável ganhou destaque em 1992, na conferência das nações unidas sobre o meio ambiente e desenvolvimento, realizada no Rio Janeiro. Conhecida como Rio-92 ou Eco-92, contribuiu para a constituição da Agenda 21, cuja tônica residiu na modificação do modelo de desenvolvimento e na preservação ambiental, em âmbito mundial [1]. Nos anos 2000, 191 nações se comprometeram com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que incluíram compromissos e metas a serem cumpridas entre os anos 2000 a 2015, visando um mundo mais justo [1].

Em 2012, na conferência das Nações Unidas sobre o desenvolvimento sustentável, conhecida como Rio+20, o documento “O futuro que queremos” indicou o alinhamento com o tema e a criação do grupo de trabalho aberto, o qual propôs os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que conformariam a Agenda 2030 [1]. Esta inclui temas como erradicação da pobreza, segurança alimentar e agricultura, saúde, educação, igualdade de gênero, redução das desigualdades, energia, saneamento, padrões sustentáveis de produção e de consumo, mudança climática, cidades sustentáveis, proteção e uso sustentável dos oceanos e dos ecossistemas terrestres, crescimento econômico inclusivo, infraestrutura e industrialização, governança, e meios de implementação [12]. O ODS 3, referente à saúde, visa garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar de indivíduos de todas as idades [1] e se articula de maneira indissociada e intersectorial com os demais ODS. Desse modo, um total de 41 indicadores de saúde permeia toda a Agenda 2030 [2].

Dentre os indicadores, a cobertura universal de saúde e os investimentos que deveriam ser realizados para expandir os serviços de saúde e promover o alcance de outras metas dos ODS relativas à saúde poderiam prevenir 97 milhões de mortes prematuras globalmente entre agora e 2030, além de adicionar até 8,4 anos de expectativa de vida em alguns países [3].

O alcance das metas dos ODS ainda constitui grande desafio global e a cooperação entre países se configura como uma das estratégias de enfrentamento e de formulação de soluções. Um grupo pouco estudado no tocante a esta temática consiste na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), cujos países têm em comum mais de 500 anos de história, identidade cultural e linguística que une e aproxima os povos de: Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique e São Tomé e Príncipe, na África; Brasil, na América do Sul; Portugal, na Europa; e Timor Leste, na Ásia [4]. Ainda são escassos estudos sobre o desempenho da CPLP na Agenda 2030, tornando-

-se, portanto, uma oportunidade avançar nesta direção e, assim, contribuir para o fortalecimento de parcerias que permitam progressos rumo ao alcance das metas de desenvolvimento sustentável adotadas pela Organização das Nações Unidas (ONU) e seus Estados Membros.

Face ao exposto, o objetivo deste estudo consiste em analisar indicadores de saúde dos ODS, estimados pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) para os Estados que integram a CPLP, referentes ao ano de 2017 e tendências temporais projetadas até 2030.

Materiais e métodos

Foram utilizados dados e estimativas do estudo Carga Global de Doenças (GBD) desenvolvido pelo IHME, que compila dados de 195 países de forma padronizada e comparável e, com isto, mede a saúde das populações anualmente [5,6]. O GBD produz estimativas específicas por idade, sexo e país (incluindo unidades subnacionais selecionadas), de mortalidade e morbidade por causa específica, exposição a fatores de risco, morbidade atribuível a esses riscos e diversos indicadores das características do sistema de saúde em séries temporais desde 1990. São utilizadas diversas métricas, dentre elas, os anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) e expectativa de vida saudável. O GBD usa fontes de dados disponíveis em todos os países e aplica metodologias para ajuste, padronização e validação das estimativas. Mais detalhes sobre o estudo GBD, que abrange o período de 1990 a 2017, estão disponíveis em outras publicações [5,6].

Foram analisados 41 indicadores dos ODS relacionados à saúde para os países da CPLP. O Quadro 1 [7] contém a descrição dos indicadores utilizados e calculados pelo IHME. Mais detalhes sobre definições, informações adicionais sobre fontes de dados e métodos para estimar cada indicador estão incluídas em publicações prévias [8,9,10]. O IHME calculou um índice que sintetiza todos os indicadores descritos, transformando-os em escala de 0 a 100. Este índice foi analisado no presente estudo para comparar o desempenho entre os países. O pior e o melhor desempenho correspondem aos valores 0 (percentil 2,5) e 100 (percentil 97,5), respectivamente [11]. O índice foi analisado para o período de 1990 a 2030 e foi possível comparar os países do CPLP e os respectivos progressos em toda a série temporal. Foram também apresentados os indicadores nas suas medidas clássicas, como taxas por 100.000 habitantes, mortalidade na infância por 1.000 nascidos vivos, entre outras, proporções, incidências e prevalências específicas, conforme detalhado no Quadro 1.

Quadro 1: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e descrição dos respectivos indicadores relacionados à saúde

ODS e indicadores relacionados à saúde	Descrição do indicador
ODS 1. Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares	
1.5.1: Mortalidade por desastres naturais	Taxa de mortalidade padronizada por idade, devido à exposição a forças da natureza, por 100.000 habitantes.
ODS 2. Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhorar a nutrição, e promover a agricultura sustentável	
2.2.1: Desnutrição infantil crônica (stunting)	Prevalência de baixa estatura (estatura para idade abaixo de -2 desvios-padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial de Saúde - OMS) entre crianças menores de 5 anos de idade.
2.2.2a: Desnutrição infantil aguda (wasting)	Prevalência de baixo peso (peso para a altura abaixo de -2 desvios-padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre crianças menores de 5 anos de idade.
2.2.2b: Excesso de peso infantil	Prevalência de sobrepeso (peso para a altura acima de +2 desvios padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) em crianças com idade entre 2 e 4 anos.
ODS 3. Garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos, em todas as idades	
3.1.1: Taxa de mortalidade materna	Razão de Mortalidade Materna (MMR) definida como o número de mortes maternas (considerando mulheres entre 10 e 54 anos) durante um determinado período de tempo, por 100.000 nascidos vivos, durante o mesmo período.
3.1.2: Assistência ao parto qualificada	Proporção de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados (médicos, enfermeiros, parteiras ou outro tipo de pessoal da área médica, específico do país).
3.2.1: Mortalidade abaixo dos 5 anos	Probabilidade de uma criança morrer antes de completar 5 anos de idade, por 1.000 nascidos vivos.
3.2.2: Mortalidade neonatal	Probabilidade de uma criança morrer nos primeiros 28 dias de vida, por 1.000 nascidos vivos.
3.3.1: Incidência do HIV	Taxa padronizada por idade de novas infecções pelo HIV, por 1.000 habitantes
3.3.2: Incidência de tuberculose	Taxa padronizada por idade de novos casos de tuberculose e recidivas, por 1.000 habitantes.
3.3.3: Incidência da malária	Taxa padronizada por idade de casos de malária, por 1.000 habitantes.
3.3.4: Incidência de hepatite B	Taxa padronizada por idade de incidência de hepatite B, por 100.000 habitantes.
3.3.5: Prevalência de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN)	Prevalência padronizada por idade da soma de 14 doenças tropicais negligenciadas.
3.4.1: Mortalidade devido a DCNT	Taxa de mortalidade padronizada por idade, devido a doença cardiovascular, câncer, diabetes e doença respiratória crônica em populações com idade entre 30 e 70 anos, por 100.000 habitantes.
3.4.2: Mortalidade por suicídio	Taxa de mortalidade padronizada por idade devido à autoagressão, por 100.000 habitantes.
3.5.2: Consumo de álcool	Prevalência de consumo de álcool ponderada pelo risco (são utilizadas seis categorias analíticas que compreendem níveis de consumo individual e padrões de consumo, e estas categorias são ponderadas pelos respectivos riscos relativos, resultando na prevalência ponderada pelo risco que é expressa em uma escala de 0 a 100%).
3.6.1: Mortalidade por danos causados por acidentes de trânsito	Taxa de mortalidade padronizada por idade devido a danos causados por acidentes de trânsito, por 100.000 habitantes.
3.7.1: Necessidade de planejamento familiar atendida e uso de métodos modernos de contracepção	Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos), que estão sexualmente ativas, e possuem a necessidade de planejamento familiar satisfeita com uso de métodos modernos.
3.7.2: Taxa de natalidade na adolescência	Número de nascidos vivos, por 1.000 mulheres com idade entre 10 a 14 anos e 15 a 19 anos.
3.8.1: Índice de cobertura universal de saúde (UHC)	Cobertura (em percentual) das intervenções traçadoras de cobertura universal de saúde em serviços de prevenção e tratamento.
3.9.1: Mortalidade atribuível à poluição do ar	Taxa de mortalidade padronizada por idade atribuível à poluição do ar no domicílio e no ambiente, por 100.000 habitantes.

3.9.2: Mortalidade atribuível ao WaSH (abastecimento de água, esgotamento sanitário e higiene)	Taxa de mortalidade padronizada por idade atribuível ao consumo de água e ao esgotamento sanitário não seguros, e à falta de higiene ou higiene inadequada, por 100.000 habitantes.
3.9.3: Mortalidade por envenenamento	Taxa de mortalidade padronizada por idade por intoxicações/envenenamentos não intencionais, por 100.000 habitantes.
3.a.1: Prevalência de tabagismo	Prevalência padronizada por idade de indivíduos com 10 anos ou mais de idade que fumam (consumo de tabaco) diariamente.
3.b.1: Cobertura de vacinas	Cobertura da população-alvo abrangida por oito vacinas incluídas no seu programa nacional.
3.c.1: Densidade do profissional de saúde	Densidade de trabalhadores de saúde (médicos, enfermeiros ou parteiras, odontólogos e farmacêuticos) por 1.000 habitantes em uma determinada área.
ODS 5. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas	
5.2.1: Violência por parceiro íntimo	Prevalência padronizada por idade de mulheres com 15 ou mais anos de idade, que sofreram violência física ou sexual por um parceiro íntimo atual ou anterior, nos últimos 12 meses.
5.2.2: Violência por parceiro não íntimo	Prevalência padronizada por idade de mulheres com 15 ou mais anos de idade que sofreram violência física ou sexual por outras pessoas que não um parceiro íntimo, nos últimos 12 meses.
ODS 6. Garantir disponibilidade e gestão sustentável de água e esgotamento sanitário para todos	
6.1.1: Água	Prevalência ponderada pelo risco de populações que usam fontes de água inseguras ou não melhoradas.
6.2.1a: Esgotamento sanitário	Prevalência ponderada pelo risco de populações que usam esgotamento sanitário inseguro ou não melhorado.
6.2.1b: Higiene	Prevalência ponderada pelo risco de populações sem acesso a medidas seguras de higiene (práticas de higiene segura são definidas como lavagem das mãos com sabão e água após o uso de banheiros ou contato com excretas).
ODS 7. Garantir o acesso à energia acessível financeiramente, confiável, sustentável e moderna para todos	
7.1.2: Poluição do ar no domicílio	Prevalência ponderada pelo risco da poluição do ar no domicílio.
ODS 8. Promover um crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável; emprego pleno e produtivo; e trabalho decente para todos	
8.8.1: Carga de risco ocupacional	Taxa de DALY por todas as causas padronizada por idade, atribuíveis a riscos ocupacionais, por 100.000 habitantes.
ODS 11. Tornar cidades e assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis	
11.6.2: Média de matéria particulada (PM) menor que 2,5 µm	Níveis médios de partículas finas suspensas menores que 2,5 microgramas (PM 2,5) por metro cúbico (µg/m ³), ponderados pela população.
ODS 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, fornecer acesso à justiça para todos e criar instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis	
16.1.1: Homicídio	Taxa de mortalidade padronizada por idade devido à violência interpessoal, por 100.000 habitantes.
16.1.2: Mortalidade por violência coletiva e intervenção legal (guerra)	Taxa de mortalidade padronizada por idade devido à violência coletiva e intervenção legal (guerra), por 100.000 habitantes.
16.1.3a: Violência Física	Prevalência padronizada por idade de pessoas que foram vítimas de violência física nos últimos 12 meses.
16.1.3c: Violência sexual	Prevalência padronizada por idade de pessoas que foram vítimas de violência sexual nos últimos 12 meses.
16.2.3: Abuso sexual infantil	Prevalência padronizada por idade de mulheres e homens jovens, com idades entre 18 e 29 anos, que sofreram violência sexual até os 18 anos de idade.
ODS 17. Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável	
17.19.2c: Registro de óbitos certificados	Porcentagem de mortes certificadas por um sistema de registro vital entre o total de mortes de um país.

Fonte: Traduzido e adaptado de GBD 2015 SDG Collaborators (2016) [7].

Para gerar projeções dos indicadores de ODS relacionados à saúde até 2030, o IHME usou métodos de previsão desenvolvidos por Foreman e colaboradores, que foram detalhados em outra publicação [11]. As projeções foram geradas pelo IHME, calculando-se a variação anual desde 1990 para cada país e ano e, em seguida, calculando-se a taxa de mudanças anualizada ponderada, pela qual os valores dos anos mais recentes foram mais valorizados nos pesos do que os anos anteriores. Mais detalhes sobre a metodologia do GBD são encontrados em outras publicações [6,8,9,10].

Com o intuito de auxiliar na visualização dos dados, os valores dos índices síntese e dos indicadores transformados em escala de 0 a 100 foram dispostos em um quadro utilizando-se uma sinalização por cores. Estas foram atribuídas considerando-se três faixas de valores, a saber: a) vermelho para valores de 0 a 49; b) amarelo para valores de 50 a 69; e c) verde para valores entre 70 a 100. Respeitando-se uma ordem numérica crescente, a primeira faixa correspondeu ao que os autores deste artigo classificaram como baixo desempenho, ou desempenho crítico, a segunda ao desempenho médio, e a terceira ao bom desempenho. Destaca-se que o escore é comparativo, assim, o pior desempenho foi classificado como 0 e o melhor como 100.

Cumpra mencionar que o Brasil constitui uma rede de pesquisadores que colabora com o IHME no provimento de fontes, na revisão das estimativas e na análise dos dados do país. A rede denomina-se GBD Brasil e dela participam alguns autores da presente análise, os quais submeteram os estudos da rede ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), que os aprovou sob o número CAAE 62803316.7.0000.5149.

Resultados

O índice Global do ODS em 2017 foi de 58,7, tendo sido identificada ampla diferença entre os PLP, quando comparados os índices individuais. Portugal atingiu o maior índice (71), seguido do Brasil (68), e os demais países apresentam valores abaixo da média global: Cabo Verde (57), São Tomé e Príncipe (51), Timor Leste (36), Guiné Equatorial (29), Moçambique (28), Angola (26), Guiné-Bissau (26) (Quadro 2).

Os países foram segmentados em três grupos de desempenho, observando-se as faixas de valor estipula-

das para os indicadores transformados em escala de 0 a 100. Nessa classificação, Portugal e Brasil integram o Grupo 1, representado pelo melhor desempenho, haja vista terem obtido um maior número de indicadores sinalizados de verde, respectivamente 34 e 22, em comparação com os demais países da CPLP. Cabe a ressalva que, embora o valor do índice síntese esteja sinalizado de amarelo para o Brasil, assim como para Cabo Verde e São Tomé e Príncipe, há uma grande distância entre aquele país e esses últimos, em termos da quantidade de indicadores que estão sinalizados de verde. Por esse motivo, optou-se pela incorporação do Brasil ao Grupo 1. Neste grupo, ambos os países apresentaram bom desempenho nos seguintes indicadores: mortalidade por desastres naturais, desnutrição infantil crônica e aguda, assistência ao parto qualificada, prevalência de doenças tropicais negligenciadas, adoção de métodos de contracepção modernos no planejamento familiar, mortalidade por envenenamento, cobertura de vacinas, densidade de profissionais de saúde, violência por parceiro íntimo e não íntimo, uso de fontes de água e esgotamento sanitário inseguros, ausência de medidas adequadas de higiene, poluição do ar no domicílio, níveis médios de partículas em suspensão no ar, mortalidade por violência coletiva ou por guerra, violência física e sexual, mortes certificadas por sistema de registro vital.

Em comparação com o Brasil, Portugal obteve uma quantidade ainda maior de indicadores com melhores desempenhos, com destaque para mortalidade materna, neonatal e abaixo dos cinco anos de idade, incidência de tuberculose e de hepatite B, mortalidade devido a doenças crônicas não transmissíveis, mortalidade por acidentes de trânsito, taxa de natalidade na adolescência, índice de cobertura universal de saúde, mortalidade atribuível à poluição do ar e ao saneamento, e homicídio. Nesta relação comparativa, o Brasil se destaca pelo bom resultado no indicador de prevalência de consumo de tabaco. Para ambos os países, os piores desempenhos foram observados nos indicadores de sobrepeso infantil, incidência de HIV e consumo de álcool. Em relação a toda a CPLP, destaca-se o pior desempenho de Portugal quanto ao consumo de álcool, e o pior desempenho do Brasil relativo à taxa de homicídio (Quadro 2).

Representado pelo desempenho considerado médio, o Grupo 2 é composto pelos países Cabo Verde e São Tomé e Príncipe, os quais apresentaram 11 indicadores sinalizados de verde, quantidade intermediária

quando contrastada com os grupos 1 e 3. Ambos os países apresentaram bons desempenhos nos indicadores de mortalidade por desastres naturais, desnutrição infantil crônica e aguda, assistência ao parto qualificada, prevalência de doenças tropicais negligenciadas, consumo de tabaco, violência por parceiro não íntimo, e mortalidade por violência coletiva e guerra. Em comparação com São Tomé e Príncipe, Cabo Verde obteve melhor desempenho nos indicadores de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, adoção de métodos de contracepção modernos no planejamento familiar e mortes certificadas por sistema de registro vital. São Tomé e Príncipe, por seu turno, se destacou com bom desempenho nos indicadores de sobrepeso infantil, incidência de HIV, mortalidade por suicídio, e cobertura vacinal, mesmo em relação a todos os demais países da CPLP. Para ambos os países, dentre o rol dos indicadores com desempenho ruim, os piores resultados foram encontrados para o indicador incidência de hepatite B (Quadro 2).

E o Grupo 3, composto pelos países Angola, Guiné Equatorial, Guiné-Bissau, Moçambique e Timor Leste, é representado pelo desempenho baixo ou crítico, considerando-se que obtiveram os menores totais de indicadores sinalizados de verde: 2, 6, 6, 5 e 7, respectivamente. Em conjunto, os melhores desempenhos no grupo foram observados para os indicadores mortalidade por desastres naturais (exceto Angola), consumo de tabaco (exceto Timor Leste), desnutrição infantil aguda (exceto Guiné-Bissau e Timor Leste), consumo de álcool (exceto Angola e Guiné Equatorial) e mortalidade por violência coletiva e guerra (exceto Angola e Moçambique). Timor Leste, Moçambique e Guiné-Bissau apresentaram os melhores desempenhos, mesmo em relação aos demais países da CPLP, quanto ao indicador consumo de álcool. Dentro do grupo 3, Timor Leste se destacou solitariamente pelo bom desempenho nos indicadores sobrepeso infantil e ausência de medidas adequadas de higiene, Guiné Equatorial na assistência ao parto qualificada e na prevalência de doenças tropicais negligenciadas, e Moçambique na cobertura vacinal. No rol dos indicadores com os piores desempenhos, Angola, Guiné Equatorial, Guiné-Bissau e Timor Leste obtiveram os piores resultados para o indicador mortes certificadas por sistema de registro vital, enquanto Moçambique apresentou o pior resultado para os indicadores incidência de tuberculose e incidência de malária, igualmente (Quadro 2).

Os valores não transformados dos 41 indicadores estão dispostos no Quadro 3. Destacamos alguns com elevadas disparidades, como a mortalidade na infância, cujos números de óbitos por 1000 nascidos vivos correspondem, em ordem decrescente, a 73,8 em Moçambique, 73,2 em Guiné-Bissau, 65,2 em Angola, 54,0 em Guiné Equatorial, 29,3 em São Tomé e Príncipe, 20,3 em Cabo Verde, 18,4 no Brasil e 3,4 em Portugal. A incidência por hepatite B varia de 544, 3 novos casos por 100.000 habitantes em Portugal a mais de 5.500 novos casos por 100.000 habitantes em Guiné-Bissau. A mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis oscila de 656,2 óbitos por 100.000 habitantes em Guiné-Bissau a 219,1 óbitos por 100.000 habitantes em Portugal. A prevalência de uso do tabaco é elevada em Timor Leste e em Portugal, respectivamente, 32,8% e 24,4%, em Moçambique é de 11,2% e, em todos os demais países, abaixo de 10%. A incidência de tuberculose varia de 16,2 novos casos por 100.000 habitantes em Portugal a 850,5 novos casos por 100.000 habitantes em Moçambique. Os homicídios variam de 27,7 casos no Brasil a 1,0 caso por 100.000 habitantes em Portugal. A cobertura do sistema de informação de mortalidade é mais alta no Brasil e em Portugal, correspondendo a 82,6% e 79,3%, nesta ordem, sendo inexistente em Angola, Guiné Equatorial, Guiné-Bissau e Timor Leste. Enquanto a cobertura vacinal excede os 90% em São Tomé e Príncipe e no Brasil, chega a apenas 37% em Angola e 20% em Guiné Equatorial. O percentual da população que utiliza fontes de água inseguras varia de 1,1% em Portugal a 79,5% em Guiné-Bissau (Quadro 3).

O índice de cobertura universal de saúde, que inclui proteção contra risco financeiro, acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade, e acesso a medicamentos e vacinas essenciais e seguros, eficazes, de qualidade e acessíveis para todos, tem a maior pontuação em Portugal e no Brasil, com os valores de 90,2 e 70,0, respectivamente, e em Angola, Guiné-Bissau e Moçambique apresenta-se abaixo de 70 (Quadro 3).

As análises de tendência e as projeções entre 2018 e 2030 apontam que todos os países aumentaram os índices, embora se mantenham, na maioria, abaixo do desempenho suficiente para o alcance das metas definidas pela ONU. A ordem de desempenho também tende a se manter com melhores resultados em Portugal, seguido do Brasil, e pior desempenho em Angola. Os países tenderam a aumentar os índices até 2030, mas a maioria não atingirá as metas neste horizonte temporal (Figura 1).

Quadro 2: Índice síntese dos ODS e indicadores individuais transformados em escala de 0 a 100, relacionados à saúde, segundo países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), 2017

Indicadores	Angola	Brasil	Cape Verde	Guiné Equatorial	Guiné-Bissau	Moçambique	Portugal	São Tomé and Príncipe	Timor Leste
Índice síntese dos ODS	26	68	57	29	26	28	71	51	36
1.5.1: Mortalidade por desastres naturais	68	89	100	100	100	75	100	100	100
2.2.1: Desnutrição infantil crónica	26	86	82	65	55	36	97	71	13
2.2.2a: Desnutrição infantil aguda	74	97	86	87	67	80	98	72	14
2.2.2b: Excesso de peso infantil	64	28	66	2	67	62	47	84	82
3.1.1: Taxa de mortalidade materna	22	44	50	24	22	21	87	25	18
3.1.2: Assistência ao parto qualificada	44	99	88	95	30	52	100	87	47
3.2.1: Mortalidade abaixo dos 5 anos	23	53	51	28	21	20	93	42	38
3.2.2: Mortalidade neonatal	20	48	39	24	12	18	91	35	30
3.3.1: Incidência do HIV	29	38	33	19	22	5	28	86	60
3.3.2: Incidência de tuberculose	13	62	37	15	21	2	77	38	31
3.3.3: Incidência da malária	5	35	42	2	14	2	100	17	48
3.3.4: Incidência de hepatite B	19	53	17	26	3	24	81	0	32
3.3.5: Prevalência de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN)	70	90	92	81	43	65	98	81	65
3.4.1: Mortalidade devido a DCNT	46	63	72	62	23	30	87	46	42
3.4.2: Mortalidade por suicídio	40	69	26	51	35	25	59	92	62
3.5.2: Consumo de álcool	67	46	63	40	76	76	6	58	100
3.6.1: Mortalidade por acidentes de trânsito	24	37	69	36	20	26	78	46	62
3.7.1: Necessidade de planeamento familiar atendida com métodos modernos de contraceção	24	97	75	27	47	45	88	58	43
3.7.2: Taxa de natalidade na adolescência	9	32	42	12	16	14	76	29	28
3.8.1: Índice de cobertura universal de saúde (UHC)	22	63	60	36	25	26	94	46	39
3.9.1: Mortalidade atribuível à poluição do ar	26	65	46	32	9	16	89	22	26
3.9.2: Mortalidade atribuível ao WaSH (água, esgotamento e higiene)	8	53	36	22	6	12	86	28	29
3.9.3: Mortalidade por envenenamento	31	87	50	46	28	20	84	38	55
3.a.1: Prevalência de tabagismo (frequência diária)	85	86	95	91	100	79	37	100	11
3.b.1: Cobertura de vacinas	27	94	67	6	62	85	84	95	59
3.c.1: Densidade do profissional de saúde	33	90	64	52	39	21	97	54	40
5.2.1: Violência por parceiro íntimo	14	88	58	42	42	42	90	43	42
5.2.2: Violência por parceiro não íntimo	63	88	85	55	88	16	77	86	84
6.1.1: Água	11	89	49	39	8	13	99	48	46
6.2.1a: Esgotamento sanitário	38	75	52	70	15	10	95	49	21
6.2.1b: Higiene	5	83	21	18	5	5	99	32	74
7.1.2: Poluição do ar no domicílio	53	93	70	64	16	13	99	53	37
8.8.1: Carga de risco ocupacional	37	55	59	59	38	23	58	59	43
11.6.2: Média dos níveis de PM 2,5	42	73	38	24	44	56	90	45	61
16.1.1: Homicídio	57	7	27	57	33	38	84	47	61
16.1.2: Mortalidade por violência coletiva e intervenção legal (guerra)	42	100	100	100	100	33	100	100	100
16.1.3a: Violência Física	15	85	33	17	33	29	88	17	37
16.1.3c: Violência Sexual	26	80	62	5	76	49	90	64	90
16.2.3: Abuso sexual infantil	36	77	32	38	31	66	59	32	67
17.19.2c: Registro de óbitos certificados	0	89	73	0	0	37	86	51	0

Legenda: vermelho para valores de 0 a 49; amarelo para valores de 50 a 69; e verde para valores entre 70 a 100.

Fonte: IHME, GBD - <https://vizhub.healthdata.org/sdg/>.

Quadro 3: Indicadores dos ODS, relacionados à saúde, com valores não transformados, segundo países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), 2017

Indicadores	Angola	Brasil	Cabo Verde	Guiné Equatorial	Guiné-Bissau	Moçambique	Portugal	São Tomé e Príncipe	Timor Leste
1.5.1: Mortalidade por desastres naturais	0,04	0,01	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00
2.2.1: Desnutrição infantil crónica	42,60	9,72	11,71	20,85	26,52	37,02	3,57	17,85	49,63
2.2.2a: Desnutrição infantil aguda	5,23	1,22	3,18	2,88	6,40	4,11	1,09	5,58	15,52
2.2.2b: Excesso de peso infantil	17,76	30,68	17,07	42,77	16,95	18,68	24,05	10,64	11,59
3.1.1: Taxa de mortalidade materna	200,69	67,35	49,82	181,65	198,67	210,75	8,01	168,79	242,75
3.1.2: Assistência ao parto qualificada	57,73	99,05	90,75	95,88	47,71	64,05	99,63	90,09	60,03
3.2.1: Mortalidade abaixo dos 5 anos	65,22	18,36	20,27	54,06	73,19	73,76	3,44	29,28	35,69
3.2.2: Mortalidade neonatal	22,85	8,46	11,80	20,11	31,03	24,50	1,83	13,29	16,03
3.3.1: Incidência do HIV	0,77	0,36	0,55	1,84	1,34	4,71	0,79	0,01	0,19
3.3.2: Incidência de tuberculose	465,06	35,67	134,85	428,82	316,78	850,54	16,17	123,97	186,60
3.3.3: Incidência da malária	129,77	0,97	0,31	223,99	37,97	207,92	0,00	20,07	0,12
3.3.4: Incidência de hepatite B	3386,71	1259,29	3631,11	2784,55	5585,53	2942,80	544,32	6887,40	2307,24
3.3.5: Prevalência de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN)	29,89	10,06	7,42	18,55	56,18	34,84	2,33	18,70	34,39
3.4.1: Mortalidade devido a DCNT	444,00	329,58	283,93	343,39	656,20	581,33	219,07	440,80	470,48
3.4.2: Mortalidade por suicídio	11,74	5,97	16,44	9,15	13,33	16,87	7,54	3,47	7,23
3.5.2: Consumo de álcool	10,57	17,08	11,81	18,85	7,66	7,92	29,85	13,24	0,40
3.6.1: Mortalidade por acidentes de trânsito	28,07	19,99	8,22	20,47	32,01	26,97	6,41	15,61	10,34
3.7.1: Necessidade de planeamento familiar atendida com métodos modernos de contraceção	30,43	87,95	70,29	33,01	48,98	47,18	80,43	57,13	45,93
3.7.2: Taxa de natalidade na adolescência	53,89	26,98	18,48	51,69	43,34	46,01	5,37	26,86	29,87
3.8.1: Índice de cobertura universal de saúde (UHC)	43,17	70,02	68,25	52,24	44,98	45,86	90,17	58,60	54,53
3.9.1: Mortalidade atribuível à poluição do ar	84,29	24,23	45,05	71,44	149,29	116,44	11,12	97,79	86,71
3.9.2: Mortalidade atribuível ao WaSH (água, esgotamento e higiene)	106,16	3,59	12,25	37,79	123,97	79,46	0,29	23,20	20,87
3.9.3: Mortalidade por envenenamento	1,29	0,18	0,67	0,80	1,46	1,92	0,21	1,04	0,58
3.a.1: Prevalência de tabagismo (frequência diária)	9,66	9,54	6,99	8,16	5,13	11,16	24,37	3,87	32,80
3.b.1: Cobertura de vacinas	37,45	92,30	70,48	20,01	66,20	85,27	84,55	93,18	63,83
3.c.1: Densidade do profissional de saúde	0,88	8,07	2,75	1,94	1,23	0,83	11,76	1,99	1,16
5.2.1: Violência por parceiro íntimo	28,28	7,15	15,59	20,18	20,15	20,18	6,52	20,08	20,13
5.2.2: Violência por parceiro não íntimo	1,20	0,43	0,54	1,46	0,42	2,65	0,77	0,50	0,56
6.1.1: Água	77,15	9,81	43,79	53,07	79,49	74,83	1,09	45,44	46,30
6.2.1a: Esgotamento sanitário	56,43	23,33	44,00	28,16	78,11	81,97	5,60	47,31	72,06
6.2.1b: Higiene	91,14	18,65	76,10	78,72	91,01	90,85	3,41	65,77	26,59
7.1.2: Poluição do ar no domicílio	35,94	5,63	23,35	27,91	64,13	66,74	0,94	36,11	48,05
8.8.1: Carga de risco ocupacional	938,05	703,62	665,49	665,48	929,50	1175,92	681,74	669,08	849,14
11.6.2: Média dos níveis de PM 2,5	32,39	12,71	34,78	53,24	29,78	21,30	8,16	28,54	19,26
16.1.1: Homicídio	3,54	27,68	12,23	3,56	9,61	7,49	1,05	5,21	2,86
16.1.2: Mortalidade por violência coletiva e intervenção legal (guerra)	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,57	0,00	0,00	0,00
16.1.3a: Violência Física	16,09	4,39	13,04	15,72	13,18	13,80	3,98	15,81	12,50
16.1.3c: Violência Sexual	4,04	1,78	2,50	4,91	1,95	3,08	1,35	2,44	1,35
16.2.3: Abuso sexual infantil	14,43	6,17	15,24	14,08	15,41	8,38	9,71	15,29	8,14
17.19.2c: Registro de óbitos certificados	0,00	82,59	67,82	0,00	0,00	34,04	79,27	47,27	0,00

Fonte: IHME, GBD - <https://vizhub.healthdata.org/sdg/>.

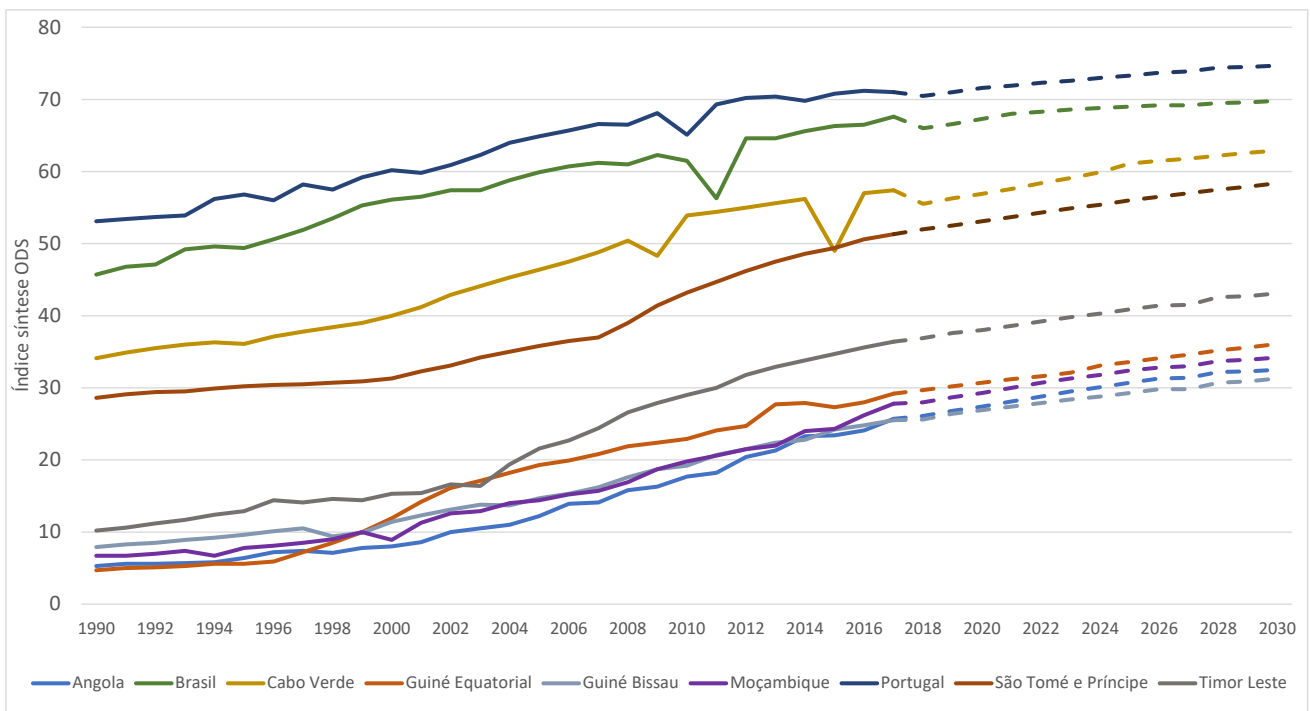


Figura 1: Tendência do índice síntese dos ODS entre 1990 a 2017 e projeção do índice entre 2018 a 2030, segundo países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP)

Fonte: IHME, GBD - <https://vizhub.healthdata.org/sdg/>.

Discussão

O estudo aponta para grandes disparidades entre os países da CPLP. Com melhor desempenho situam-se Portugal e Brasil, tendo como maiores problemas as DCNT, o abuso do álcool e o sobrepeso infantil. Em Portugal, a prevalência do uso do tabaco destaca-se como um grande desafio, devendo ainda avançar em medidas regulatórias. No Brasil, as mortes no trânsito e as violências se constituem como as maiores preocupações.

Já para os países da África, incluindo os que compõem a CPLP, o maior desafio a ser enfrentado permanece em diminuir os abismos sociais e de saúde em sua população, atrelada à conservação sobre os recursos naturais, atuando sobre as pressões externas, além dos sistemas alimentares e a manutenção da biodiversidade dentro de limites críveis [12]. Nesse cenário, fica evidente que os países com pior desempenho localizam-se no continente africano e se destacam pela tripla carga de doenças, pelas doenças infecciosas (HIV, malária, tuberculose), por problemas relacionados ao saneamento básico inadequado, pelas elevadas taxas de mortalidade neonatal e na infância, mortalidade materna [13], além de concentrarem o pior desempenho relacionado à mortalidade por DCNT e por agressão e violência sexual. Igualmente, apesar de haver em alguns países africanos sobressalente crescimento económico, tais taxas, vistas de forma isoladas, não são suficientes para responder de

forma efetiva aos grandes problemas que o continente sofre, como surtos por doenças infetocontagiosas, crescente urbanização não planejada e as desigualdades no acesso a serviços sociais básicos [14].

Mesmo assim, Furuoka e colaboradores [13], ao traçarem um panorama do continente africano com relação às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), mostraram que, em 2002, os países com maior incidência destas (superior a 5 milhões de casos) foram a República Democrática do Congo, o Egito, a Etiópia, a Nigéria, a África do Sul e a Tanzânia, e os os países com menor incidência (menos de 100 mil casos), no qual incluíam-se países da CPLP, foram Guiné Equatorial, São Tomé e Príncipe e Cabo Verde, além de Maurícia e Seychelles [13]. Já em 2006, a lista permaneceu praticamente sem alterações, e em 2011 também, exceto pela incidência de IST em Guiné Equatorial, que aumentou de 95,4 mil para 111,8 mil, o que excedeu o limite de 100 mil casos [13].

O contexto apresentado indica que desafios abundam a níveis globais, mas é evidente que na África é algo premente, pois se trata de um continente onde existem mais de 240 milhões de pessoas passando fome em pleno século XXI, mais de 50% da população padece por doenças transmitidas por fontes de águas contaminadas e mais de 40% das mulheres não têm acesso à educação básica, refletindo continuamente a desigualdade de género. Além disso, projeta-se que, até 2030, a África deverá abrigar cerca de 1,5 bilhão

de pessoas; o que significa que as áreas de cultivo podem começar a ver declínios de 40 a 80% e a demanda de energia per capita deve aumentar rapidamente, configurando urgência nas ações concernentes aos ODS para este continente [12].

Frente a este quadro, a política externa, enquanto política pública e inserida em um mundo globalizado, é influenciada constantemente pela dinâmica de constituição e transformação dos países e pelas relações entre o governo e a sociedade. Assim, as políticas e as atividades de cooperação internacional se configuram como um dos principais instrumentos da política externa, para enfrentamento dos desafios postos [15].

Dessa forma, a cooperação internacional, enquanto instrumento para o desenvolvimento dos países, traduz-se em práticas de transferências de recursos financeiros entre um país com mais recursos e capacidades a outro com menos recursos e capacidades limitadas, bem como troca de experiências e de informações, denotando solidariedade e engajamento com a comunidade internacional [16].

Ao se pensar as diversas realidades nacionais, capacidades de superação de dificuldades internas e níveis de desenvolvimento dos países, há que se considerar que os ODS são de natureza global, orientados à ação e universalmente aplicáveis [17]. O continente africano, por exemplo, se depara com grandes desafios para o alcance dos ODS, cujo cerne também está tanto na sua estrutura econômica interna, impactada por uma capacidade produtiva limitada, quanto “no âmbito sistêmico”, ou seja, relacionado à “estrutura do sistema de comércio global”, que é pouco solidária [18]. Desse modo, a Agenda 2030 destaca o princípio da responsabilidade compartilhada, mas não deixando de reconhecer as diversidades inerentes a cada contexto cultural e integridade territorial. Com isso, prevê a construção de um mundo sustentável até 2030 lançando mão da revitalização da parceria global para o desenvolvimento [17].

Ressalta-se, portanto, que os países da CPLP apresentam grandes diferenças entre si quanto à economia e à riqueza, mas também os sistemas de saúde, estrutura de serviços, cobertura de profissionais de saúde, saneamento básico, cultura, escolaridade da população, dentre outras [4]. Estas diferenças são corroboradas pelos dados aqui apresentados, refletindo nos indicadores e índices.

No Brasil, por exemplo, as baixas prevalências de consumo do tabaco refletem os esforços envidados, em especial nas últimas décadas, de proibição de propagandas relativas ao fumo, adesão à Convenção Quadro de Controle do Tabaco, criação de ambientes livres de fumo, taxaço do cigarro e aumento dos preços dos produtos derivados do taba-

co [19], em conformidade com as melhores evidências e orientações da Organização Mundial da Saúde [20]. Nesse contexto, observa-se ainda elevada prevalência do consumo de tabaco em Portugal, demonstrando a necessidade de esforços mais coordenados para se atingirem as metas de redução.

Nesse sentido, destacam-se como desafio comum para a CPLP os indicadores referentes às DCNT e fatores de risco correlatos, e os indicadores relacionados à violência. Tais resultados exigirão um esforço não somente da comunidade, mas global, requerendo ações cooperativas de prevenção e ações intersetoriais. Para alcançar os objetivos dos ODS, os países deverão priorizar políticas públicas e investimentos [9].

Esses países necessitarão, ainda, se empenhar em um ritmo de progresso que nenhum país alcançou no passado recente, uma vez que o futuro é bastante incerto e nenhum modelo até o momento pode prever totalmente quais avanços ou eventos poderiam alterar o curso dos ODS [9]. Entretanto, é primordial que haja um trabalho articulado e colaborativo, pois nenhum país pode ficar para trás até 2030 [10].

O indicador síntese seria “atingir a cobertura universal de saúde”, incluindo a proteção contra riscos financeiros, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade e o acesso a medicamentos essenciais e vacinas seguras, eficazes, de qualidade e disponíveis para todos. Destaca-se que apenas Portugal e Brasil estão acima de média global (58,7), o que constitui um desafio para o presente e para o futuro. Esse indicador síntese foi definido pela Organização das Nações Unidas por um índice que inclui intervenções traçadoras e a redução das taxas de mortalidade padronizadas por risco de 32 causas passíveis de assistência médica. As intervenções traçadoras incluem: cobertura vacinal (cobertura de três doses de vacina DPT, contra o sarampo, e três doses da vacina oral contra poliomielite ou da vacina de vírus inativado); necessidade satisfeita de contracepção por métodos modernos; cobertura pré-natal (uma ou quatro visitas de pré-natal); assistência especializada ao parto; taxa de parto em instalações de saúde; cobertura da terapia anti-retroviral entre pessoas com HIV; taxa de detecção de tuberculose, e cobertura de intervenção sobre malária em países endêmicos. As 32 causas passíveis de cuidados de saúde pessoais, que compõem o Índice de Qualidade e Acesso a Serviços de Saúde (*HAQ Index*), incluem tuberculose, doenças diarreicas, doenças respiratórias e infecções respiratórias superiores, difteria, coqueluche, tétano, sarampo, distúrbios maternos, distúrbios neonatais, câncer de cólon e reto, câncer não melanoma, câncer, câncer de mama, câncer cervical, câncer uterino, câncer testicular,

linfoma de Hodgkin, leucemia, doença cardíaca reumática, doença cardíaca isquêmica, doença cerebrovascular, doença cardíaca hipertensiva, úlcera péptica, apendicite, hérnia, vesícula biliar e doenças biliares, epilepsia, diabetes, doença renal, anomalias cardíacas congênitas e efeitos adversos da medicação e tratamento [8].

As análises de tendência apontam que todos os países tendem a aumentar os índices até 2030, mas a maioria não atingirá as metas em 2030, permanecendo as diferenças nos desempenhos entre os países. Desse modo, para que haja progressos efetivos, é premente a construção de parcerias e intercâmbios entre a CPLP, especialmente o apoio dos países que até ao momento vêm apresentando melhor desempenho àqueles com piores desempenhos.

A CPLP tem uma grande diversidade, em função de processos históricos e pelas culturas locais [21]. Apesar de terem em comum o idioma, existem ainda muitos desafios para que os Países de Língua Portuguesa (PLP) se transformem em uma comunidade coesa e parceira. Uma pesquisa realizada junto aos jornais brasileiros Globo e Folha de S. Paulo, entre 1996 a 2015, verificou que a cobertura dedicada aos PLP é reveladora ao informar que o Brasil não reconhece a comunidade PLP, tendo uma maior aproximação com Portugal e preterindo os demais países. Na medida em que o Brasil não se reconhece como integrante dessa comunidade, se vê desobrigado para com a grande maioria de sua população, que se liga pelos mesmos elos e troncos identitários de negros, índios, africanos, mestiços e europeus [4]. Portanto, este desafio precisa ser superado com investimento nas cooperações, trocas, parcerias, apoio técnico e, sobretudo, em decisões políticas.

A busca pelas parcerias, pelas trocas e apoio de cooperação técnica entre os países deve ser uma prioridade e uma decisão política dos governos atrelada à pressão dos povos. Alguns autores, como Milton Santos, defendem a tese de que o processo de globalização, que constrói “um mundo perverso, com a lógica do lucro, pode ser mudado, buscando a construção de um mundo mais humano” [22]. Entretanto, estas transformações não virão dos centros, mas das margens, de países da “Ásia, África e América Latina”, buscando uma resposta e uma reação a essa globalização [22]. O autor destaca ainda sobre a importância de resgatar a “experiência da convivência e da solidariedade”. Boaventura Sousa Santos também defende as culturas e identidades de fronteira, como portas com fluxos que as atravessam [23]. Assim, a CPLP teria a possibilidade de operar como uma comunidade em permanente diálogo, com vistas às trocas de experiências solidárias [24]. Dado o contexto atual, fica o desafio para as próximas gerações, visando avançar no estreitamento de laços entre os PLP,

rumo à celebração das metas para 2030 [4].

Ainda no cenário apresentado, destaca-se que os cálculos do GBD diferem do relatório *World Health Statistics* da Organização Mundial da Saúde [25] em vários aspectos importantes, como: a) pelo uso de taxas padronizadas por idade para aqueles indicadores que incluem taxas de mortalidade ou incidência, por exemplo, DCNT, suicídio e hepatite; b) pela definição de prevalência de sobrepeso entre crianças menores de cinco anos como Índice de Massa Corporal (IMC) para idade e sexo, para alinhar com a definição de obesidade para adultos, ao invés de peso para altura; c) pela inclusão de todas as mulheres em idade reprodutiva, no indicador de proporção de mulheres em idade reprodutiva que têm sua necessidade de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos de contracepção, em vez de usar apenas mulheres que são casadas ou em união. Os resultados do GBD 2017 também fornecem estimativas para todos os anos, países, e indicadores de ODS relacionados à saúde, em comparação com a maioria das outras organizações [9]. Destaca-se que as estimativas aqui apresentadas, oriundas do GBD, podem ser diferentes das estimativas dos países, em função dos ajustes empregados pelo GBD, imputações e empregos de outras fontes de dados.

Dentre os limites do estudo, ressalta-se a dificuldade de obtenção de informações locais e de bases de dados disponíveis para todos os países e todos os indicadores. O GBD oferece uma plataforma única e oportuna para monitorar os ODS relacionados à saúde em todas as dimensões demográficas e geográficas. Destaca-se a importância de avançar na coleta e análise de dados desagregados, apoiando o planejamento em saúde, direcionamento para a definição de intervenções prioritárias que podem acelerar o progresso dos ODS [8]. O GBD calcula os indicadores para todos os países, a partir dos dados disponíveis em cada localidade, entretanto, na indisponibilidade de sistemas de informação e de dados locais, são tomados dados da sub-região e da região para realizar as estimativas locais. Outrossim, os avanços nos sistemas de coleta de dados dos países certamente contribuirão para o aprimoramento das estimativas.

Conclusão

Os indicadores analisados revelaram diferenças entre os países da CPLP, em que Portugal e Brasil apresentaram os melhores desempenhos e, em contrapartida, Angola, Guiné-Bissau, Moçambique e Guiné Equatorial, os piores. A análise de tendência até 2030 seguiu o mesmo padrão de desempenho por país e observou-se um aumento dos valores dos índices-síntese ao longo do horizonte tempo-

ral, embora insuficiente para que todos os países da CPLP alcancem as metas dos ODS.

Em que pesem as diferenças nos processos de formação sócio-histórica e cultural, os PLP possuem como elo o idioma predominantemente falado e a constituição de uma comunidade lusófona com interesse em promover laços de fraternidade e cooperação internacional em diferentes setores, como saúde, educação e economia, entre outros. O estreitamento desta rede no sentido de ampliar o diálogo e a articulação para a ação colaborativa de enfrentamento dos desafios que se interpõem

à consecução da Agenda 2030 parece ser uma ação política estratégica rumo a avanços.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, pelo apoio financeiro e DCM agradece ao CNPQ pela bolsa de produtividade em pesquisa.

Bibliografia

1. Organização das Nações Unidas (ONU). Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação sob os Auspícios da UNESCO. Panorama Setorial da Internet. 17 objetivos para transformar nosso mundo: os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 da ONU. 2017; abril; ano 9 (1). [Consultado em 12 de maio de 2019]. Disponível em: https://cetic.br/media/docs/publicacoes/1/Panorama_Setorial_12.pdf.
2. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Educação para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: objetivos de aprendizagem. Brasil: UNESCO. [Consultado em 12 de maio de 2019]. Disponível em: <https://ods.imvf.org/wp-content/uploads/2018/12/Recursos-ods-objetivos-aprendizagem.pdf>.
3. Stenberg K, Hanssen O, Edejer TT-T, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, et al. Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. *The Lancet Global Health*. 2017; setembro; 5(9): e875–87. [Consultado em 10 de maio de 2019]. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30263-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30263-2).
4. Góes JC, Antunes E. 20 years of the community of portuguese language speaking countries in the brazilian press: discussing the conditions for a possible communitas. *Media & Jornalismo*. 2016; 16(29):169–89. [Consultado em 05 de maio de 2019]. Disponível em: http://dx.doi.org/10.14195/2183-5462_29_11.
5. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018; novembro; 392(10159):1789–858. [Consultado em 5 de maio de 2019]. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7).
6. Stanaway JD, Afshin A, Gakidou E, Lim SS, Abate D, Abate KH, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018; novembro; 392(10159):1923–94. [Consultado em 30 de abril de 2019]. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6).
7. GBD 2015 SDG Collaborators. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 2016; 08 (outubro); 388 (10053): 1813–50. [Consultado em 30 de abril de 2019]. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31467-2/fulltext#articleInformation](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31467-2/fulltext#articleInformation).
8. Lim SS, Allen K, Bhutta ZA, Dandona L, Forouzanfar MH, Fullman N, et al. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 2016; outubro; 388 (10053): 1813–50. [Consultado em 30 de abril de 2019]. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31467-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31467-2).
9. Lozano R, Fullman N, Abate D, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Measuring progress from 1990 to 2017 and projecting attainment to 2030 of the health-related Sustainable Development Goals for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018; novembro; 392(10159):2091–138. [Consultado em 28 de abril de 2019]. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32281-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32281-5).
10. Fullman N, Barber RM, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, et al. Measuring progress and projecting attainment on the basis of past trends of the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2017; setembro; 390 (10100): 1423–59. [Consultado em 28 de abril de 2019]. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32336-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32336-X).
11. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, Fukutaki K, Fullman N, McGaughey M, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *The Lancet*. 2018; novembro; 392(10159):2052–90. [Consultado em 25 de abril de 2019]. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31694-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31694-5).
12. Munang R, Andrews J. The Next Steps: Africa's Sustainable Development Goals and Their Implications. *Environment: Science and Policy for Sustainable Development*. 2014; 56 (5): 4–11. [Consultado em 22 de maio de 2019]. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00139157.2014.943625>.
13. Furuoka F, Hoque MZ, Jacob RI, Ziegenhain P. An analysis of the development assistance for health (DAH) allocations for STD control in Africa. *Health Economics, Policy and Law*. 2019; 1–19. [Consultado em 21 de maio de 2019]. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/an-analysis-of-the-development-assistance-for-health-dah-allocations-for-std-control-in-africa/5A7D2E046233BEB5AE40C426F9EF078>.
14. Bianchi From MDGs to SDGs: Where Does Africa Stand? *ISPI*. 2015; 6 (outubro); 1–3. [Consultado em 20 de maio de 2019]. Disponível em: <https://www.ispionline.it/publicazione/mdgs-sdgs-where-does-africa-stand-13942>.
15. Buss PM. Cooperação internacional em saúde do Brasil na era do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; junho; 23(6): 1881–90. [Consultado em 22 de maio de 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05172018>.
16. Desiderá Neto WA. A cooperação internacional para o desenvolvimento como uma expressão específica da cooperação internacional: um levantamento teórico. *Oikos*. 2014; 13(2): 115–128. [Consultado em 22 de maio de 2019]. Disponível em: <http://www.revistaioikos.org/seer/index.php/oikos/article/view/374/212>.
17. United Nations (UN). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly. 2015. [Consultado em 22 de maio de 2019]. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf.
18. Fasan O. Africa must industrialise and trade more to achieve the #SDGs. *London School of Economics Blog*. 2015; 22 (outubro). [Consultado em 22 de maio de 2019]. Disponível em: <https://blogs.lse.ac.uk/africaatlse/2015/10/22/africa-must-industrialise-and-trade-more-to-achieve-the-sdgs/>.
19. Malta DC, Stopa SR, Santos MAS, Andrade SSC de A, Oliveira TP, Cristo EB, et al. Evolução de indicadores do tabagismo segundo inquéritos de telefone, 2006–2014. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017; setembro; 21:33(suppl 3). [Consultado em 15 de maio de 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00134915>.
20. World Health Organization. Best Buys and Other Recommended Interventions for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases Updated. 2017. [Consultado em 25 de abril de 2019]. Disponível em: http://who.int/ncds/management/WHO_Appendix_BestBuys.pdf.
21. Lourenço, E. A nau de Ícaro e a imagem e miragem da lusofonia. São Paulo: Cia das Letras; 2001.
22. Santos, M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. 2. ed. Rio de Janeiro: Record; 2000.
23. Sousa Santos, B. de. Modernidade, identidade e a cultura de fronteira. *Tempo Social*. São Paulo: USP (Sociologia). 1994; 5: 31–52. [Consultado em 12 de abril de 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-20701993000100031&script=sci_abstract&tlng=pt.
24. Bauman, Z. Comunidade: a busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2003.
25. United Nations Statistical Commission. Report of the Inter-agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators. New York, NY, USA: UN Statistical Commission; 2016; 19 (fevereiro); 1–62. [Consultado em 10 de abril de 2019]. Disponível em: <http://ggim.un.org/knowledgebase/KnowledgebaseArticle51479.aspx>.

Conflitos de interesses:

Os autores declaram que não existem conflitos de interesses.