

O olhar para uma população desassistida: determinantes sociais da saúde em Angola

Looking at an underserved population: Social determinants of health in Angola

Marcial António Simão Songa¹, Suzely Adas Saliba Moimaz¹, Nemre Adas Saliba¹, Fernando Yamamoto Chiba¹, Tânia Adas Saliba¹

DOI: 10.1590/2358-289820241439212P

RESUMO Objetivou-se analisar os fatores determinantes sociais da saúde em Angola. Trata-se de uma pesquisa documental, exploratória e quantitativa, realizada com dados do Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde 2015-2016 de Angola. Foram analisadas as variáveis: acesso a fontes de água para beber; instalações sanitárias apropriadas; acesso à eletricidade; nível educacional; acesso a empregos; taxa de mortalidade infantil; consultas pré-natais; e cobertura vacinal. Observou-se que 45,2% dos agregados familiares não têm acesso a fontes de água apropriada para beber; 52,9% utiliza instalações sanitárias não apropriadas, principalmente nas áreas rurais; 31% dos homens de 15 a 49 anos estavam desempregados; 42% dos agregados familiares possuíam acesso à eletricidade; 22% das mulheres e 8% dos homens de 15 a 49 anos nunca frequentaram a escola; a estimativa da taxa de mortalidade infantil foi de 44 mortes para cada 1000 nascidos-vivos; 44,1% das gestantes com menor nível socioeconômico não realizaram nenhuma consulta pré-natal; 18,3% das crianças de 12 a 23 meses e 21% de 24 a 35 meses não receberam nenhuma vacina. Conclui-se que existem grandes lacunas no acesso a determinantes sociais da saúde, evidenciando a necessidade de esforços governamentais em parceria com organismos internacionais para melhorar as condições de saúde da população.

PALAVRAS-CHAVE Angola. Acessibilidade aos serviços de saúde. Fatores socioeconômicos. Saúde pública.

ABSTRACT *The objective was to analyze the social determinants of health in Angola. This is a documentary, exploratory and quantitative research, carried out with data from the 2015-2016 Multiple Indicators and Health Survey in Angola. The analyzed variables were: access to drinking water sources; appropriate sanitary facilities; access to electricity; educational level; access to jobs; child mortality rate; prenatal consultations; and vaccination coverage. It was observed that 45.2% of households do not have access to adequate water sources for drinking; 52.9% use inappropriate sanitation facilities, mainly in rural areas; 31% of men aged 15 to 49 were unemployed; 42% of households had access to electricity; 22% of women and 8% of men aged 15 to 49 have never attended school; the estimated infant mortality rate was 44 deaths for every 1000 live births; 44.1% of pregnant women with lower socioeconomic status did not undergo any prenatal consultation; 18.3% of children aged 12 to 23 months and 21% aged 24 to 35 months did not receive any vaccine. It is concluded that there are large gaps in access to social determinants of health, highlighting the need for government efforts in partnership with international organizations to improve the population's health conditions.*

KEYWORDS *Angola. Health services accessibility. Socioeconomic factors. Public health.*

¹Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA) – Araçatuba (SP), Brasil. fernando.chiba@unesp.br



Introdução

A República de Angola é um país de nível de renda médio-baixo, localizado na região da África Subsaariana, que apresenta uma população de 35.588.987 habitantes e esperança de vida ao nascer de 62 anos¹. Após enfrentar décadas de conflitos e guerra civil, a República de Angola tem alcançado progressos econômicos e políticos relevantes nos últimos anos, de modo que tais mudanças no desenvolvimento político e na estrutura social e econômica do país afetam diretamente a condição de saúde da população².

Apesar dos relevantes progressos econômicos e políticos obtidos nos últimos anos e dos esforços contínuos realizados pelo governo para melhorar a qualidade da atenção à saúde, verifica-se discrepância substancial nos serviços de saúde disponíveis dentro do país, resultando em uma realidade na qual parte considerável da população local continua a sofrer com a falta de acesso a eles³.

O Sistema Nacional de Saúde da República de Angola é supervisionado pelo Ministério da Saúde de Angola e oferece cobertura de serviços de saúde que abrangem os setores público e privado. Esse sistema tem como base o ‘Programa de Cuidados de Saúde Primários e Assistência Hospitalar’, o qual inclui os serviços de saúde que vão desde os cuidados de saúde primários até os atendimentos de nível especializado⁴. Os serviços de saúde realizados por meio do setor público são fornecidos gratuitamente para a população, entretanto, os serviços disponíveis são, na sua maioria, de baixa qualidade e apresentam escassez de profissionais que atuam nos cuidados primários de saúde, médicos, enfermeiros, medicamentos e de registros de informação de saúde digitalizados⁵.

Nesse contexto, sabe-se que os sistemas de saúde em vários países do continente africano têm sofrido, ao longo dos anos, com problemas relacionados à insuficiência de recursos humanos e financeiros, bem como com dificuldades técnicas e políticas no gerenciamento

destes recursos^{6,7}. A negligência e o subfinanciamento dos sistemas de saúde em países africanos de nível de renda médio-baixo representam graves desafios aos pilares da prestação de cuidados de saúde propostos pela Organização Mundial da Saúde: a prestação de serviços; a força de trabalho em saúde; os sistemas de informação em saúde; os medicamentos e tecnologias; o financiamento; e a liderança/governança^{6,8}.

Como fator agravante da frágil situação do sistema de saúde de Angola, existe uma grande lacuna de informações sobre os indicadores de cuidados de saúde, o que dificulta os processos de tomada de decisões sobre as políticas públicas de saúde no país, mas sabe-se que os indicadores sociais no país ainda não atingiram padrões adequados e uma parte considerável da população continua a sofrer com falta de acesso aos fatores determinantes da saúde⁹. Durante as últimas décadas, tem sido observada melhora nas condições econômicas, sociais e de saúde em países da África, entretanto, este desenvolvimento não foi partilhado igualmente entre as populações de diferentes regiões do continente, nos quais as desigualdades sociais e a iniquidade na saúde persistiram ou até pioraram^{10,11}. Considerando este contexto, o objetivo nesta pesquisa foi realizar a análise de fatores determinantes sociais da saúde em Angola.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa documental, exploratória e quantitativa, realizada a partir dos dados do relatório do Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS) 2015-2016 de Angola, o qual foi desenvolvido pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), em parceria com o Ministério da Saúde (Minsa) e o Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial (MPDT)¹².

O INE de Angola coordenou a execução do inquérito e recebeu assistência técnica do Fundo das Nações Unidas para a

Infância (Unicef) e do Fundo Catalisador de Impacto, por meio do The Demographic and Health Surveys (DHS), e apoio logístico da Organização Mundial de Saúde. O financiamento do inquérito foi realizado pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (U.S. Agency for International Development – Usaid); Banco Mundial; Fundo das Nações Unidas Para Infância e Governo de Angola¹².

Por meio de consulta aos documentos sobre dados do IIMS 2015-2016 de Angola, disponíveis na página eletrônica do DHS, foram coletados dados sobre indicadores sociais e de saúde e atenção à saúde bucal do país¹³.

Foram analisadas as seguintes variáveis: acesso a fontes de água apropriada para beber; instalações sanitárias apropriadas e não compartilhadas; acesso à eletricidade; nível educacional; acesso a empregos; taxa de mortalidade infantil; taxa de mortalidade infante-juvenil; realização de consultas pré-natais; e cobertura vacinal.

Os dados foram analisados utilizando técnicas de estatística descritiva e os resultados apresentados sob a forma de tabelas.

A pesquisa utilizou dados secundários do relatório do IIMS 2015-2016 de Angola, disponíveis no endereço eletrônico oficial do DHS, sem qualquer tipo de identificação dos participantes, sendo dispensada de apreciação em comitê de ética em pesquisa, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

O IIMS 2015-2016 de Angola foi realizado no período de outubro de 2015 a março de 2016. A amostra do inquérito foi composta por 16.302 agregados familiares, com representatividade a nível nacional, provincial, urbano e rural, assim como a nível de características socio-demográficas, como sexo, faixa etária, nível de escolaridade e perfil socioeconômico da população.

Água canalizada, chafariz público, furo com bomba, poço protegido, nascente protegida, água da chuva, chimpacas e água engarrafada foram consideradas fontes de água apropriada. Poço não protegido, nascente não protegida, caminhão-cisterna, carroça com tanque pequeno, moto de 3 rodas, lago, lagoa, riacho, canal e canal de irrigação foram consideradas fontes de água não apropriada.

Verificou-se que quase metade dos agregados familiares (45,2%) não têm acesso a fontes de água apropriada para beber, sendo 31,3% destes residentes na área urbana e 67,3% na área rural. Na área urbana, a principal fonte de água apropriada para beber é a água canalizada dentro de casa/dentro do quintal (22,4%), enquanto 21% consomem água não apropriada obtida por meio de caminhão-cisterna/carroça com tanque pequeno/moto de 3 rodas (*tabela 1*). Na área rural, a principal fonte de água apropriada para beber são poços protegidos (8,8%), enquanto 39,4% consomem água não apropriada proveniente de lago/lagoa/riacho/canal/canal de irrigação.

Instalações sanitárias não compartilhadas ligadas à rede pública de esgotos, ligadas à fossa séptica e ligadas à fossa aberta foram consideradas apropriadas.

Observou-se que 32,2% dos agregados familiares possuíam instalação sanitária apropriada e não compartilhada, atingindo menos da metade (45,6%) dos agregados residentes nas áreas urbanas e apenas 11% nas áreas rurais. A maioria dos agregados familiares utiliza instalações sanitárias não apropriadas (52,9%), principalmente entre os residentes das áreas rurais, atingindo 86,3% do total (*tabela 1*).

Os dados demonstraram que apenas 42% dos agregados familiares possuíam acesso à eletricidade, com grande disparidade entre as áreas urbanas e rurais (*tabela 1*). Observou-se que 36% dos agregados familiares residentes nas áreas urbanas não possuem acesso à eletricidade, enquanto nas áreas rurais 93% dos agregados familiares não tinham acesso à eletricidade.

Tabela 1. Distribuição percentual dos agregados familiares, de acordo com a fonte de água para beber, tipo e localização da instalação sanitária, acesso à eletricidade e área de residência. Angola, 2015-2016

	Área de residência		
	Urbana	Rural	Total
Fonte de água para beber			
Fonte apropriada	66,5	31,5	52,9
Água canalizada dentro de casa/dentro do quintal	22,4	0,8	14,0
Na casa do vizinho	17,9	1,1	11,4
Chafariz público	11,7	8,2	10,3
Furo com bomba	1,3	2,9	1,9
Poço protegido	9,3	8,8	9,1
Nascente protegida	1,7	5,7	3,3
Água da chuva	0,3	3,8	1,7
Água engarrafada, fonte de água melhorada	1,9	0,1	1,2
Fonte não-apropriada	31,3	67,3	45,2
Poço não protegido	4,8	13,9	8,3
Nascente não protegida	1,0	11,0	4,8
Caminhão-cisterna/carroça com tanque pequeno/ moto de 3 rodas	21	2,9	14,0
Lago/lagoa/riacho/canal/ canal de irrigação	4,5	39,4	18,0
Outra fonte	2,3	1,2	1,8
Total	100,0	100,0	100,0
Tipo e localização da instalação sanitária			
<i>Instalações sanitárias apropriadas não compartilhadas</i>			
Dentro de casa - Vaso sanitário ligado a rede pública de esgoto	5,0	0,6	3,3
Dentro de casa - Vaso sanitário ligado a fossa séptica	21,5	4,8	15,0
Dentro de casa - Vaso sanitário ligado a fossa aberta (vale ou rio)	0,3	0,4	0,3
Dentro do quintal - Vaso sanitário ligado a rede pública de esgoto	1,6	0,2	1,1
Dentro do quintal - Vaso sanitário ligado a fossa séptica	14,6	3,4	10,3
Dentro do quintal - Vaso sanitário ligado a fossa aberta (vale ou rio)	0,7	0,5	0,6
Fora do quintal - Vaso sanitário ligado a rede pública de esgoto	0,8	0,1	0,5
Fora do quintal - Vaso sanitário ligado a fossa séptica	1,0	0,8	1,0
Fora do quintal - Vaso sanitário ligado a fossa aberta (vale ou rio)	0,1	0,2	0,1
Total	45,6	11,0	32,2
<i>Instalações sanitárias não apropriadas</i>			
Dentro de casa - Latrina ligada a rede pública de esgoto	2,5	1,2	2,0
Dentro de casa - Latrina ligada a fossa séptica	4,6	1,3	3,3
Dentro do quintal - Latrina ligada a rede pública de esgoto	0,5	0,4	0,5
Dentro do quintal - Latrina ligada a fossa séptica	11,3	12,4	11,7
Dentro do quintal - Sanita ligada a fossa aberta (vale ou rio)	2,0	5,5	3,3
Fora do quintal - Latrina ligada a rede pública de esgoto	0,1	0,1	0,1
Fora do quintal - Latrina ligada a fossa séptica	0,7	1,4	0,9
Fora do quintal - Vaso sanitário ligado a fossa aberta (vale ou rio)	0,3	0,6	0,4
Balde/bacia/outro recipiente	0,4	0,2	0,3
Nenhum sanitário/ar livre/mato	8,9	63,3	30,0

Tabela 1. Distribuição percentual dos agregados familiares, de acordo com a fonte de água para beber, tipo e localização da instalação sanitária, acesso à eletricidade e área de residência. Angola, 2015-2016

	Área de residência		
	Urbana	Rural	Total
Outro	0,5	0,2	0,3
Total	31,8	86,3	52,9
Acesso à eletricidade			
Sim	64,0	7,0	42,0
Não	36,0	93,0	58,0
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: adaptado de Angola IIMS 2015-2016¹².

Foram consideradas empregadas as pessoas que exerceram qualquer atividade econômica durante, pelo menos, 1 hora, nos últimos 7 dias que antecederam a coleta dos dados. Foram incluídas também as pessoas que possuíam ligação a um emprego, mas que estavam em férias ou que não trabalharam no período de 7 dias devido à doença ou alguma outra razão específica.

Verificou-se que 69% dos homens e 65% das mulheres, com idade entre 15 e 49 anos, estavam empregados. É possível notar que, em ambos os sexos, a porcentagem de pessoas empregadas aumenta com a progressão da idade (*tabela 2*). Considerando a área de residência, observou-se que, em ambos os sexos, a porcentagem de pessoas empregadas é maior na área rural em comparação com a área urbana.

Tabela 2. Distribuição percentual de mulheres e homens, de acordo com a situação de emprego, faixa etária e área de residência. Angola, 2015-2016

Características	Mulheres			Homens		
	Empregadas	Não empregadas	Total	Empregados	Não empregados	Total
<i>Faixa etária (anos)</i>						
15-19	39,3	60,7	100,0	39,2	60,8	100,0
20-24	58,1	41,9	100,0	62,2	37,8	100,0
25-29	71,7	28,3	100,0	82,5	17,5	100,0
30-34	77,5	22,5	100,0	85,0	15,0	100,0
35-39	82,5	17,5	100,0	86,7	13,3	100,0
40-44	85,7	14,3	100,0	90,6	9,4	100,0
45-49	87,2	12,8	100,0	93,1	6,9	100,0
<i>Área de residência</i>						
Urbana	58,5	41,5	100,0	65,0	35,0	100,0
Rural	80,1	19,9	100,0	80,1	19,9	100,0

Fonte: adaptado de Angola 2015-2016¹².

Verificou-se que 22% das mulheres e 8% dos homens de 15-49 anos nunca haviam frequentado a escola. É possível notar grande desigualdade no nível de escolaridade entre os sexos, de modo que, em todas as faixas etárias, há uma maior proporção de homens com maiores níveis de escolaridade (ensino secundário incompleto, ensino secundário completo e ensino superior) em comparação com as mulheres, as quais também apresentam

menor mediana de anos estudados completos (tabela 3).

Observou-se que o nível de escolaridade é mais elevado nos residentes da área urbana quando comparado aos residentes da área rural, na qual, em ambos os sexos, há maior proporção de pessoas que nunca frequentaram a escola ou que possuem apenas o ensino primário incompleto.

Tabela 3. Distribuição percentual de mulheres e homens, de acordo com o nível de escolaridade, faixa etária e área de residência. Angola, 2015-2016

	Nenhum	Primário incompleto	Primário completo	Secundário incompleto	Secundário completo	Superior	Total	Mediana de anos estudados completos
<i>Mulheres</i>								
<i>Faixa etária (anos)</i>								
15-19	11,5	26,4	9,3	50,5	1,7	0,5	100,0	5,8
20-24	16,9	22,9	6,3	38,4	10,4	5,1	100,0	6,1
25-29	22,9	24,3	4,6	27,4	12,0	8,9	100,0	5,4
30-34	29,0	28,4	5,3	20,9	9,0	7,5	100,0	3,8
35-39	32,6	35,7	4,4	17,5	4,7	5,0	100,0	2,6
40-44	34,0	39,6	4,4	13,4	4,1	4,6	100,0	2,5
45-49	30,6	44,4	3,1	13,6	5,5	2,8	100,0	2,7
<i>Área de residência</i>								
Urbana	11,5	24,2	6,9	40,9	9,6	6,8	100,0	6,5
Rural	46,4	39,2	4,0	9,4	0,9	0,1	100,0	0,6
<i>Homens</i>								
<i>Faixa etária (anos)</i>								
15-19	4,4	24,3	10,5	56,9	3,2	0,6	100,0	6,5
20-24	7,8	17,2	6,4	45,7	14,8	8,1	100,0	8,1
25-29	6,7	15,7	4,1	39,8	20,4	13,3	100,0	8,6
30-34	11,8	22,0	6,2	29,2	18,6	12,3	100,0	7,6
35-39	11,2	23,9	7,2	32,8	12,8	12,1	100,0	7,1
40-44	8,4	26,2	10,9	32,9	15,2	6,3	100,0	6,8
45-49	6,6	31,6	8,6	32,2	12,8	8,2	100,0	6,1
<i>Área de residência</i>								
Urbana	3,2	13,8	6,9	49,3	16,3	10,4	100,0	8,2
Rural	18,5	43,2	9,7	24,6	3,5	0,6	100,0	4,0

Fonte: adaptado de Angola 2015-2016¹².

Verificou-se que a estimativa da taxa de mortalidade infantil, no período de 2011 a 2015, foi de 44 mortes para cada 1000 nascidos-vivos, representando uma redução em relação ao período de 2006 a 2010, quando a taxa era de 57 mortes para cada 1000 nascidos-vivos.

Conforme demonstrado na *tabela 4*, observou-se que as taxas de mortalidade infantil são maiores nas áreas rurais (61 mortes para cada 1000 nascidos-vivos) em comparação com as áreas urbanas (43 mortes para cada 1000 nascidos-vivos), assim como em crianças do sexo masculino (57 mortes para cada 1000 nascidos-vivos), em relação às crianças do sexo feminino (43 mortes para cada 1000 nascidos-vivos).

Houve uma redução na taxa de mortalidade infantil entre os filhos de mães com Ensino Secundário/Superior (34 mortes para cada 1000 nascidos-vivos) em relação àquelas que possuíam apenas o Ensino Primário (62 mortes para cada 1000 nascidos-vivos) ou nenhum grau de formação escolar (50 mortes para cada 1000 nascidos-vivos).

Notou-se uma diminuição de cerca de 2,5 vezes na taxa de mortalidade infantil nos agregados familiares de maior nível socioeconômico (25 mortes para cada 1000 nascidos-vivos) em relação aos de menor nível socioeconômico (62 mortes para cada 1000 nascidos-vivos).

Tabela 4. Taxa de mortalidade infantil para cada 1000 nascidos vivos, de acordo com as características socioeconômicas. Angola, 2015-2016

Características	Taxa de mortalidade infantil
<i>Anos anteriores ao inquérito</i>	
0 a 4	44
5 a 9	57
<i>Área de residência</i>	
Urbana	43
Rural	61
<i>Sexo da criança</i>	
Masculino	57
Feminino	43
<i>Nível de escolaridade da mãe</i>	
Nenhum	50
Ensino Primário	62
Ensino Secundário/Superior	34
<i>Quintil socioeconômico</i>	
Primeiro	62
Segundo	64
Terceiro	47
Quarto	43
Quinto	25

Fonte: adaptado de Angola 2015-2016¹².

Foram consideradas consultas pré-natais com um profissional de saúde qualificado

aquelas nas quais a gestante foi atendida por um médico, enfermeira ou parteira.

Verificou-se que 82% das gestantes de 15-49 anos realizaram, no mínimo, uma consulta pré-natal com um profissional de saúde qualificado (*tabela 5*). A proporção de gestantes que realizaram consulta pré-natal com um profissional de saúde qualificado foi menor nas áreas rurais (62,7%) do que nas áreas urbanas (92,2%). Constatou-se que grande parte das gestantes sem nenhum grau de escolaridade (39,9%) e com menor nível socioeconômico (44,1%) não realizaram nenhuma consulta pré-natal e que apenas 61% das gestantes realizaram quatro ou mais consultas pré-natais, em conformidade com as recomendações do Ministério da Saúde.

Foi considerado que uma criança entre 12 e 23 meses de idade teve acesso a todas as vacinas básicas caso tenha recebido, no mínimo, uma dose da vacina BCG; três doses da vacina pentavalente, que a protege contra difteria, tétano, tosse convulsa e *Haemophilus*

influenza; três doses da vacina contra a poliomielite; e uma dose da vacina contra o sarampo.

Verificou-se, quando combinadas as informações coletadas por meio dos relatos das mães ou apresentadas na carteira de vacinação, que 30,6% das crianças de 12 a 23 meses e que 26,1% das crianças de 24 a 35 meses receberam todas as vacinas básicas. Houve uma proporção considerável de crianças de 12 a 23 meses (18,3%) e de 24 a 35 meses (21%) que não receberam nenhuma vacina (*tabela 5*).

Observou-se disparidade na proporção de crianças de 12 a 23 meses que receberam todas as vacinas básicas, de acordo com a área de residência, nível de escolaridade materno e situação socioeconômica. A taxa de cobertura de todas as vacinas básicas foi menor nas áreas rurais (16,6%), em crianças com mães sem escolaridade (16,1%) e nas pertencentes a agregados familiares com nível socioeconômico mais baixo (12,5%).

Tabela 5. Acesso a consultas pré-natais e ao recebimento de vacinas. Angola, 2015-2016

Características	Realizou consulta pré-natal		
	Não teve consultas pré-natais	com um profissional de saúde qualificado	Realizou, no mínimo, 4 consultas pré-natais
< 20	17,3	82,5	57,5
20 a 34	16,5	83,2	63,8
35 a 49	24,5	75,0	57,4
<i>Área de residência</i>			
Urbana	7,5	92,2	73,8
Rural	37,0	62,7	39,4
<i>Nível de escolaridade</i>			
Nenhum	39,9	59,6	37,9
Ensino Primário	16,1	83,5	59,6
Ensino Secundário/Superior	3,5	96,4	81,3
<i>Quintil socioeconômico</i>			
Primeiro	44,1	55,6	34,0
Segundo	28,2	71,4	44,8
Terceiro	9,9	89,7	64,0
Quarto	3,3	96,3	81,5
Quinto	2,3	97,7	88,2

Tabela 5. Acesso a consultas pré-natais e ao recebimento de vacinas. Angola, 2015-2016

Vacinação	Faixa etária	
	12 a 23 meses	24 a 35 meses
Todas as vacinas básicas	30,6	26,1
Todas as vacinas nas idades apropriadas	12,6	8,5
Nenhuma vacina	18,3	21,0
Vacinação		
	Todas as vacinas básicas	Nenhuma vacina
Área de residência		
Urbana	39,8	10,1
Rural	16,6	30,8
Nível de escolaridade		
Nenhum	16,1	32,4
Ensino Primário	24,3	16,2
Ensino Secundário/Superior	50,7	8,1
Quintil socioeconômico		
Primeiro	12,5	34,8
Segundo	16,5	26,4
Terceiro	33,1	10,5
Quarto	48,1	9,0
Quinto	56,5	2,2

Fonte: adaptado de Angola 2015-2016¹².

Discussão

No presente estudo, observou-se que a população de Angola apresenta severas deficiências e grandes disparidades em relação ao acesso aos fatores determinantes sociais da saúde, como fontes de água apropriada para beber, instalações sanitárias apropriadas, eletricidade, emprego, educação, destacando-se um cenário preocupante em relação a taxa de mortalidade infantil, realização de consultas pré-natais e cobertura vacinal básica.

Mesmo diante de esforços coletivos globais, a falta de acesso à água potável para todos ainda é um dos grandes desafios que a humanidade enfrenta em pleno século XXI¹⁴. Estima-se que as fontes de água para consumo humano de aproximadamente 2 bilhões de

peças em todo o mundo estão contaminadas com fezes, o que pode resultar em milhares de óbitos devido à diarreia e suas complicações, principalmente em países em desenvolvimento¹⁵. Corroborando os achados deste estudo, pesquisas indicam que países da região da África Subsaariana apresentam níveis particularmente elevados de deficiência no acesso à água potável, destacando a sua relação com o risco de infecções decorrentes do consumo de água contaminada, especialmente na população infantil^{16,17}. Dessa forma, evidencia-se a importância da implementação de tecnologias voltadas para a inativação de microrganismos patogênicos na água destinada ao consumo humano¹⁸. Entretanto, é necessário compreender que a implementação de métodos de tratamento da água envolve adequações

infraestruturais e tecnológicas, o que dificulta a sua aplicação em regiões mais vulneráveis e reforça a importância do desenvolvimento de ações conjuntas entre os governos e agências internacionais, visando o fornecimento de água potável para a população^{15,19}.

A literatura demonstra que a região da África Subsaariana possui uma das mais elevadas taxas de mortalidade de crianças menores de cinco anos de todo o mundo e, também, está entre as regiões em que a população tem menor acesso a serviços adequados de tratamento de água, saneamento e higiene^{20,21}. Estudos sugerem que crianças menores de cinco anos que vivem em agregados familiares com instalações sanitárias não melhoradas têm um risco 11% maior de mortalidade quando comparadas às que possuem saneamento básico adequado²¹. Destaca-se, portanto, a necessidade do desenvolvimento de programas governamentais amplos, com o intuito de promover a implementação de instalações sanitárias com condições adequadas de limpeza, manutenção e esvaziamento, assegurando que as pessoas não entrarão em contato com excrementos e reduzindo o risco de contaminação e da transmissão de germes e doenças entre os membros do agregado familiar.

Os achados desta pesquisa estão de acordo com estudos que apontam que a falta de acesso à eletricidade representa um severo problema para milhões de pessoas de países de baixa renda da região da África Subsaariana. A solução dessa condição, potencialmente, está relacionada a grandes investimentos financeiros e, considerando a magnitude dos esforços necessários, precisará do desenvolvimento de projetos energéticos com a participação de nações mais ricas²². Salienta-se a importância de garantir o acesso universal à energia, como medida fundamental para auxiliar a redução da pobreza, melhorar a saúde, diminuir as desigualdades sociais, aumentar a geração de empregos e permitir que as comunidades se adaptem às alterações climáticas e às questões de segurança alimentar^{23,24}.

Nesta pesquisa, foram encontrados resultados preocupantes sobre o nível de escolaridade da população de Angola, especialmente a proporção considerável de pessoas que nunca haviam frequentado a escola. Sabe-se que a educação possui papel fundamental para o desenvolvimento do indivíduo e, nesse contexto, é possível sugerir que o baixo nível de escolaridade pode estar relacionado com a dificuldade de inserção no mercado de trabalho e com piores condições de saúde²⁵⁻²⁷. Nesse sentido, um estudo recente avaliou o efeito da educação inclusiva em 48 países da África Subsaariana, entre 2000 e 2020, e demonstrou que houve melhora na situação de saúde tanto dos homens como das mulheres da região, destacando a necessidade de políticas governamentais voltadas ao investimento no setor da educação, visando melhorar as condições de saúde dos cidadãos²⁸.

No contexto da promoção da melhoria das condições de saúde da população de Angola, salienta-se que medidas que podem reduzir a mortalidade infantil continuam sendo uma necessidade premente no país e na região da África Subsaariana.

Estima-se que, todos os anos, mais de 3 milhões de crianças menores de 5 anos morrem nos países da região da África Subsaariana e que a maioria dessas mortes seriam preveníveis ou evitáveis por meio de intervenções realizadas no sistema de cuidados de saúde primários^{29,30}. Um estudo de coorte realizado entre em sete países da África Subsaariana constatou o óbito de 5149 crianças, no período entre 1995 e 2015, de modo que baixas taxas de imunização foram correlacionadas com a baixa sobrevivência infantil, enquanto a acessibilidade das instalações de saúde e maiores concentrações de instalações de saúde foram associadas à melhoria da sobrevivência infantil²⁹. Assim, reforça-se a relevância da implementação de estratégias e políticas de saúde que visem a redução dos custos dos cuidados de saúde e a melhoria da acessibilidade às instalações de saúde como fatores de alta prioridade para reduzir a taxa de mortalidade infantil em Angola.

Em relação à saúde materno-infantil, o presente estudo verificou uma realidade preocupante em Angola, com grande proporção de gestantes com baixo nível de escolaridade e de menor nível socioeconômico, que não haviam realizado nenhuma consulta pré-natal. Similarmente, um estudo realizado por meio de análises de dados secundários de inquéritos demográficos de saúde de nove países da África Subsaariana verificou, em uma amostra de 56.002 mulheres, com idade entre 15 e 49 anos, que o número de consultas de cuidados pré-natais foi inadequado, principalmente nas mulheres de baixo nível de escolaridade, menor nível socioeconômico e residentes de áreas rurais³¹. Adicionalmente, em um estudo conduzido para determinar o efeito dos cuidados pré-natais na mortalidade neonatal na África Subsaariana foi demonstrado que a realização de, no mínimo, uma consulta pré-natal por um profissional qualificado pode reduzir o risco de mortalidade neonatal em 39% nos países dessa região³². Dessa forma, evidencia-se a necessidade de ampliar as ações, estratégias e políticas de saúde que estimulem e possibilitem a todas as mulheres grávidas de Angola o recebimento de cuidados pré-natais adequados, a fim de promover a redução das mortes de recém-nascidos.

Outro fator fundamental para melhorar as condições de saúde de uma população é a garantia de acesso à vacinação. As vacinas podem contribuir substancialmente para reduzir a morbidade e a mortalidade entre as crianças, entretanto, como demonstrado na presente pesquisa, a desigualdade na cobertura vacinal continua a persistir em Angola, afetando principalmente as crianças residentes nas áreas rurais, àquelas pertencentes a agregados familiares com nível socioeconômico baixo e com mães sem escolaridade.

Os resultados da presente pesquisa estão de acordo com os achados de um estudo realizado por meio da análise de dados de Inquéritos Demográficos e de Saúde em 25 países da África Subsaariana, o qual constatou que a cobertura total da vacinação variou entre 24%

e 93%, evidenciando que os países com menor cobertura vacinal apresentaram maiores desigualdades. Também verificou que a realização de quatro ou mais consultas pré-natais, partos em unidades de saúde, melhor nível educacional materno, maior riqueza familiar e escutar o rádio frequentemente aumentaram a taxa de vacinação³³. Ademais, estudo de revisão sobre as barreiras enfrentadas pelos responsáveis, prestadores de cuidados e sistemas de saúde, em relação à vacinação infantil na África Subsaariana, demonstrou que as principais dificuldades incluíam a falta de conhecimento sobre imunização, a distância até ao ponto de acesso, a privação financeira, a falta de apoio dos parceiros, crenças e desconfiança nas vacinas e nos programas de imunização, recursos humanos limitados e infraestruturas inadequadas para manutenção e fornecimento adequado de vacinas³⁴. Desse modo, faz-se necessário o desenvolvimento de ações governamentais para aprimorar os serviços de vacinação de Angola, melhorando a infraestrutura e os recursos humanos necessários e tornando-os acessíveis e aceitáveis para todos, considerando o planejamento adequado para superar as barreiras e as desigualdades culturais e sociais.

A vulnerabilidade às doenças pode ser influenciada por diversos fatores, tais como características biológicas, deficiência nutricional, idade, fatores socioeconômicos, condições de moradia insalubres, densidade demográfica elevada, trabalho em condições inadequadas e falta de acesso aos serviços de saúde³⁵. As intervenções sobre os determinantes sociais da saúde são necessárias para melhorar a equidade em saúde, de modo que a condição de saúde da população deve ser uma preocupação para os formuladores de políticas públicas de todos os setores e não apenas aqueles envolvidos nas políticas de saúde³⁶. Nesse contexto, como demonstrado no presente estudo, evidencia-se que vários determinantes sociais da saúde estão além da esfera dos setores de saúde e, portanto, a articulação e a integração entre os diferentes setores governamentais e não

governamentais são importantes para desenvolver políticas e estratégias voltados para a melhoria da equidade em saúde³⁷. O tratamento das doenças existentes é urgente e sempre deve receber alta prioridade, entretanto, deve ser acompanhado de medidas que promovam o desenvolvimento social e econômico, visando a melhoria da saúde da população³⁶. O planejamento de comunidades projetadas para promover o bem-estar físico, social e psicológico da população e proteger o ambiente natural são essenciais para alcançar a equidade em saúde. Nesse sentido, faz-se necessário priorizar a melhoria das condições de moradia, promovendo acesso ao fornecimento e tratamento de água e esgoto, eletricidade, alimentação saudável e transporte para todas as famílias, independentemente da capacidade de pagamento³⁸.

Limitações do estudo

A pesquisa foi realizada com base em dados secundários, de modo que a possibilidade de sub-registros pode ser considerada uma limitação do estudo, entretanto, ainda que se trate de uma pesquisa realizada com dados secundários, ressalta-se a dificuldade de obtenção das informações e registros.

Pontos fortes do estudo

O artigo aborda um tema de grande importância na área da saúde e, mesmo com a escassez de dados oficiais, evidencia as lacunas no acesso a determinantes sociais da saúde em uma população desassistida.

Conclusões

Conclui-se que embora haja relatos de que a República de Angola tem alcançado significativos avanços econômicos e políticos, ainda existem grandes lacunas em relação ao acesso a importantes determinantes sociais da saúde, evidenciando a necessidade de esforços governamentais locais em parceria com instituições e organismos internacionais com o intuito de melhorar as condições de saúde da população.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de Financiamento 001.

Colaboradores

Songa MAS (0000-0003-0071-062X)*, Chiba FY (0000-0003-4406-405X)* e Saliba TA (0000-0003-1327-2913)* contribuíram para coleta, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do artigo; e aprovação final da versão a ser publicada. Moimaz SAS (0000-0002-4949-529X)* e Saliba NA (0000-0001-9608-1631)* contribuíram para concepção do trabalho; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do artigo; e aprovação final da versão a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. World Bank. The World Bank Open Data [Internet]. 2024 [acesso em 2024 jul 28]. Disponível em: <https://data.worldbank.org/>
2. Balogun OO, Tomo CK, Mochida K, et al. Impact of the maternal and child health handbook in Angola for improving continuum of care and other maternal and child health indicators: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials*. 2020;21(1):737. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04664-w>
3. Green A. Health in Angola in the wake of the presidential election. *Lancet*. 2017;390(10101):1477-1478. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32515-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32515-1)
4. World Health Organization. Country cooperation strategy at a glance [Internet]. WHO: Angola; 2018 [acesso em 2024 jul 28]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136994/ccs-brief_ago_en.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Gyeltshen D, Musa SS, Amesho JN, et al. COVID-19: A novel burden on the fragile health system of Angola. *J Glob Health*. 2021;11:03059. DOI: <https://doi.org/10.7189/jogh.11.03059>
6. Oleribe OO, Momoh J, Uzochukwu BS, et al. Identifying key challenges facing healthcare systems in Africa and potential solutions. *Int J Gen Med*. 2019;12:395-403. DOI: <https://doi.org/10.2147/IJGM.S223882>
7. Petersen I, Marais D, Abdulmalik J, et al. Strengthening mental health system governance in six low- and middle-income countries in Africa and South Asia: challenges, needs and potential strategies. *Health Policy Plan*. 2017;32(5):699-709. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czx014>
8. World Health Organization. Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [acesso em 2024 jul 28]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/everybody-s-business---strengthening-health-systems-to-improve-health-outcomes>
9. Shibre G. Social inequality in infant mortality in Angola: Evidence from a population based study. *PLoS One*. 2020;15(10):e0241049. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241049>
10. Eshetu EB, Woldesenbet SA. Are there particular social determinants of health for the world's poorest countries? *Afr Health Sci*. 2011;11(1):108-115.
11. Boutayeb A, Helmert U. Social inequalities, regional disparities and health inequity in North African countries. *Int J Equity Health*. 2011;10:23. DOI: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-23>
12. Instituto Nacional de Estatística (Angola); Ministério da Saúde (Angola); Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial (Angola); ICF. 2017. Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde em Angola 2015-2016 [Internet]. Luanda, Angola; Rockville, Maryland, EUA: INE, MINSA, MINPLAN, ICF; 2017 [acesso em 2024 jul 28]. Disponível em: <https://www.ine.gov.ao/publicacoes/detalhes/MjQyOTU%3D>
13. The Demographic and Health Surveys. Angola DHS, 2015-16 – Final Report [Internet]. Angola: INE; 2016 [acesso em 2024 jul 28]. Disponível em: https://dhs-program.com/Countries/Country-Main.cfm?ctry_id=76&c=Angola&r=1
14. Oliveira JLM, Cohen SC, Kligerman DC, et al. Os desafios do saneamento como promoção da saúde da população brasileira. *Saúde debate*. 2019;43:4-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S300>
15. Pichel N, Vivar M, Fuentes M. The problem of drinking water access: A review of disinfection technologies with an emphasis on solar treatment methods. *Chemosphere*. 2019;218:1014-1030. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chemosphere.2018.11.205>
16. Armah FA, Ekumah B, Yawson DO, et al. Access to improved water and sanitation in sub-Saharan Africa in a quarter century. *Heliyon*. 2018;4(11):e00931. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00931>

17. Ntouda J, Sikodf F, Ibrahim M, et al. Access to drinking water and health of populations in Sub-Saharan Africa. *C R Biol.* 2013;336(5-6):305-309. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.crv.2013.06.001>
18. Aguiar KCG de, Cohen SC, Maciel EMG de S, et al. Fatores de risco para ocorrência de diarreia em crianças residentes na Ilha de Guaratiba (RJ). *Saúde debate.* 2022;44:205-220. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012415>
19. Castro RS, Cruvinel VRN, Oliveira JLM. Correlação entre qualidade da água e ocorrência de diarreia e hepatite A no Distrito Federal/Brasil. *Saúde debate.* 2019;43:8-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S301>
20. Momberg DJ, Ngandu BC, Voth-Gaeddert LE, et al. Water, sanitation and hygiene (WASH) in sub-Saharan Africa and associations with undernutrition, and governance in children under five years of age: a systematic review. *J Dev Orig Health Dis.* 2021;12(1):6-33. DOI: <https://doi.org/10.1017/S2040174419000898>
21. Gaffan N, Kpozehouen A, Degbey C, et al. Effects of household access to water, sanitation, and hygiene services on under-five mortality in Sub-Saharan Africa. *Front Public Health.* 2023;11:1136299. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1136299>
22. Li D, Bae JH, Rishi M. Sustainable Development and SDG-7 in Sub-Saharan Africa: Balancing energy access, economic growth, and carbon emissions. *Eur J Dev Res.* 2023;35(1):112-137. DOI: <https://doi.org/10.1057/s41287-021-00502-0>
23. Dagnachew AG, Choi SM, Falchetta G. Energy planning in Sub-Saharan African countries needs to explicitly consider productive uses of electricity. *Sci Rep.* 2023;13(1):13007. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-40021-y>
24. Adun H. Sustainability energy security: 20 years assessment of the West African Nations using a comprehensive entropy-TOPSIS analysis. *Environ Sci Pollut Res Int.* 2023;30(33):81093-81112. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11356-023-28116-5>
25. Playgo I. Education and active labour market policy complementarities in promoting employment: Reinforcement, substitution and compensation. *Soc Policy Adm.* 2023;57(2):235-253. DOI: <https://doi.org/10.1111/spol.12894>
26. Birch DA, Auld ME. Public health and school health education: Aligning forces for change. *Health Promot Pract.* 2019;20(6):818-823. DOI: <https://doi.org/10.1177/1524839919870184>
27. Zajacova A, Lawrence EM. The Relationship between education and health: Reducing disparities through a contextual approach. *Annu Rev Public Health.* 2018;39:273-289. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044628>
28. Kouladoum JC. Inclusive Education and Health Performance in Sub Saharan Africa. *Soc Indic Res.* 2023;165(3):879-900. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11205-022-03046-w>
29. Simmons RA, Anthopolos R, O'Meara WP. Effect of health systems context on infant and child mortality in sub-Saharan Africa from 1995 to 2015, a longitudinal cohort analysis. *Sci Rep.* 2021;11(1):16263. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95886-8>
30. Nwagbara UI, Osuala EC, Chireshe R, et al. Mapping evidence on factors contributing to maternal and child mortality in sub-Saharan Africa: A scoping review protocol. *PLoS One.* 2022;17(8):e0272335. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272335>
31. Andegiorgish AK, Elhoumed M, Qi Q, et al. Determinants of antenatal care use in nine sub-Saharan African countries: a statistical analysis of cross-sectional data from Demographic and Health Surveys. *BMJ Open.* 2022;12(2):e051675. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051675>
32. Tekelab T, Chojenta C, Smith R, et al. The impact of antenatal care on neonatal mortality in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2019;14(9):e0222566. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222566>

33. Bobo FT, Asante A, Woldie M, et al. Child vaccination in sub-Saharan Africa: Increasing coverage addresses inequalities. *Vaccine*. 2022;40(1):141-150. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.11.005>
34. Bangura JB, Xiao S, Qiu D, et al. Barriers to childhood immunization in sub-Saharan Africa: A systematic review. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1108. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09169-4>
35. Moreira ADSR, Kritski AL, Carvalho ACC. Social determinants of health and catastrophic costs associated with the diagnosis and treatment of tuberculosis. *J Bras Pneumol*. 2020;46(5):e20200015. DOI: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20200015>
36. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099-1104. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
37. Ndumbe-Eyoh S, Moffatt H. Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13:1056. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1056>
38. Marmot M, Friel S, Bell R, et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372(9650):1661-9. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)

Recebido em 03/01/2024

Aprovado em 05/08/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001

Editora responsável: Jamilli Silva Santos