



Perfil Epidemiológico e Condições de Saúde em Missões Humanitária no Brasil e África

Epidemiological Profile and Health Conditions in Humanitarian Missions in Brazil and Africa

Evaldo Stanislau Affonso de Araújo¹, Cláudia Renata dos Santos Barros², Rodrigo Dias Nunes³, Fabiana Alves Spricigo⁴, Carlos Fernando Collares⁵, João Carlos Bizario⁶.

¹ Redes de Saúde da Inspirali Educação, Santos - São Paulo, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3642-5476>

² Centro de Desenvolvimento Científico do Instituto Butantan, São Paulo - São Paulo, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1582-2010>

³ Comissão Organizadora da Missão Jequitinhonha, Missão Sertões, Missão Amazônia e Missão África da Inspirali, Grupo Ânima de Educação, Florianópolis - Santa Catarina, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2261-8253>

⁴ Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão - Santa Catarina, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-5605-0369>

⁵ Inspirali Educação, Balneário Camboriú - Santa Catarina, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0914-3430>

⁶ Academic Officer da Inspirali Educação; São Paulo - São Paulo, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2632-2476>

Autor Correspondente:

Evaldo Stanislau Affonso de Araújo

Avenida Paulo Bueno Wolf n^o 1 cj 43, Ponta da Praia, CEP: 11030-395, Santos - São Paulo, Brasil.

E-mail: evaldo.araujo@hc.fm.usp.br

RESUMO

Introdução: As desigualdades no acesso à saúde em regiões vulneráveis do Brasil e da África motivaram a realização das Missões Humanitárias da Inspirali. **Objetivos:** analisar os dados epidemiológicos, sociais e de infraestrutura coletados nas ações de saúde das Missões Humanitárias da Inspirali realizadas entre 2022 e 2025 no Brasil e na África. **Método:** Estudo observacional e descritivo, com abordagem quantitativa, baseado em dados de atendimentos clínicos realizados entre 2022 e 2025 nas Missões Nacionais (Amazônia, Jequitinhonha, Sertões) e na Missão África. As variáveis analisadas incluíram dados sociodemográficos, clínicos, nutricionais e de infraestrutura. **Resultados:** Observou-se predominância de mulheres adultas, pretas ou pardas, com baixa escolaridade e elevada prevalência de doenças crônicas. Nas Missões Nacionais, identificou-se precariedade nas condições de moradia, incluindo saneamento, abastecimento e tratamento de água. Em crianças, destacou-se a coexistência de desnutrição e excesso de peso. A Missão África apresentou fragilidades na coleta de sinais vitais. **Conclusão:** Os achados evidenciam a sobreposição de vulnerabilidades sociais, ambientais e clínicas, reforçando a importância das missões como estratégias de cuidado em saúde e produção de evidências para políticas públicas equitativas.

ABSTRACT

Introduction: Health inequalities in vulnerable regions of Brazil and Africa motivated the Humanitarian Missions promoted by Inspirali. **Objective:** To examine epidemiological, social, and infrastructure indicators obtained from the Inspirali Humanitarian Health Missions conducted between 2022 and 2025 in Brazil and Africa. **Method:** Observational, descriptive, and quantitative study based on clinical care data from 2022 to 2025, including the National Missions (Amazon, Jequitinhonha, Sertões) and the Africa Mission. Analyzed variables included

HISTÓRIA DO ARTIGO

Received 22 Jul 2025

Accepted 2 Sep 2025

PALAVRAS CHAVE

Missões médicas; disparidades socioeconômicas em saúde; epidemiologia; doenças crônicas; saúde pública; equidade.

KEYWORDS

Medical mission; socioeconomic disparities in health; epidemiology; chronic diseases; public health; equity.

sociodemographic, clinical, nutritional, and housing infrastructure data. **Results:** The findings showed a predominance of adult women, Black or Pardo individuals, low schooling levels, and high burden of chronic diseases. In National Missions, poor housing conditions were observed, with deficits in sanitation, water supply, and treatment. Among children, both undernutrition and overweight were identified. The Africa Mission had missing clinical records, especially vital signs. **Conclusion:** The results reveal overlapping social, environmental, and clinical vulnerabilities, emphasizing the relevance of missions as care strategies and sources of evidence to guide equitable public health policies.

INTRODUÇÃO

O acesso desigual à saúde representa uma das manifestações mais evidentes das disparidades sociais e territoriais tanto no Brasil quanto em várias nações de renda baixa e média. Áreas como a Amazônia Legal, o Vale do Jequitinhonha e o semiárido nordestino possuem um histórico de negligência e falta de serviços essenciais, refletindo um padrão estrutural de exclusão que afeta populações em situação de vulnerabilidade, especialmente aquelas em áreas rurais e com baixo desenvolvimento socioeconômico. Estudos apontam que elementos como a localização geográfica, a pobreza, níveis educacionais insuficientes e a falta de políticas públicas consistentes intensificam as desigualdades no acesso à atenção básica, particularmente nesses territórios^{1,2}. Dados recentes do Censo 2022 corroboram a precariedade nas condições de saneamento, habitação e infraestrutura fundamental nessas regiões, resultando em maior vulnerabilidade a doenças evitáveis³.

A Organização Pan-Americana da Saúde (2020)⁴ enfatiza que iniciativas que adotam uma abordagem territorial e culturalmente sensível, como as missões de saúde, são cruciais para reduzir essas iniquidades e promover a equidade no acesso aos cuidados. Nesse cenário, surgem iniciativas como as Missões Humanitárias da Inspiralí, que combinam assistência direta às populações vulneráveis com a coleta de dados epidemiológicos e sociais, fornecendo informações valiosas para o planejamento e formulação de políticas públicas voltadas à saúde.

As Missões Nacionais e a Missão África têm como objetivo levar cuidados clínicos a áreas com limitado acesso à saúde devido a fatores estruturais e sociais, ao mesmo tempo em que oferecem uma visão epidemiológica abrangente da realidade local. Entre 2022 e 2025, essas missões desempenharam um papel significativo ao consolidar uma base de dados capaz de analisar padrões de adoecimento, perfis sociodemográficos, condições habitacionais e lacunas estruturais que influenciam diretamente a saúde coletiva.

O objetivo deste estudo foi analisar os dados epidemiológicos, sociais e de infraestrutura coletados nas ações de saúde das Missões Humanitárias da Inspiralí realizadas entre 2022 e 2025 no Brasil e na África.

MÉTODOS

Estudo observacional, descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa, que analisou a base de dados agregados e sem identificação das Missões Humanitárias da Inspiralí realizadas entre 2022 e 2025. As missões incluíram regiões de alta vulnerabilidade social no Brasil (Amazônia, Vale do Jequitinhonha e Sertões Nordestinos) e, mais recentemente, no continente africano. Os dados foram extraídos do Painel de *Business Intelligence* da plataforma *ProntLife*, em junho de 2025.

Os instrumentos de coletas de dados foram os prontuários eletrônicos, que devido ao perfil e as condições de cada ação, foram diferentes para a Missão África e as Missões Nacionais. Embora

apresentem diferenças na quantidade e no tipo de dados registrados, ambos os instrumentos são válidos e compatíveis com os objetivos do estudo.

As variáveis que contemplaram a Missão África foram: aspectos sociodemográficos (sexo e faixa etária); Condições Clínicas (Glicemia, Índice de Massa Corporal (IMC), pressão arterial e saturação de oxigênio); Queixas (motivos dos atendimentos pela CID-10 - (sistema de codificação de doenças, lesões e causas externas), CIAP-2 (sistema de Classificação Internacional de Atenção Primária); diagnósticos e tratamentos. Entretanto, as variáveis relacionadas às condições clínicas estavam com muitos dados incompletos e com muitas inconsistências na digitação dos valores e não foram apresentadas neste estudo.

Nas Missões Nacionais as variáveis analisadas foram: aspectos sociodemográficos (sexo, faixa etária, estado civil, população indígena, etnia e cor de pele, escolaridade, ocupação e renda); condições de moradia (tipo de posse do imóvel, material das paredes das residências, tipo de abastecimento de água, tipo de tratamento de água, formas de esgotamento sanitário e coleta de lixo); condições de saúde (queixa principal, problemas e condições avaliadas, doenças avaliadas, histórico familiar de doenças, medicamentos em uso, encaminhamentos, classificação do IMC, temperatura, pressão arterial); avaliação pediátrica (tipo de parto, peso ao nascer e IMC das crianças); avaliação ginecológica (número de partos, trimestre da gestação e classificação das gestantes). Nos aspectos sociodemográficos não serão apresentados neste estudo a renda e a ocupação, pois apresentaram muitos dados incompletos e inconsistências nos registros.

Todas as variáveis foram descritas em valores absolutos e/ou relativos e apresentados por meio de gráficos. As análises foram realizadas no software R Studio.

RESULTADOS

A Missão África foi realizada em 2024 e 2025, com 1.837 atendimentos e 4.450 atendimentos, respectivamente. As Missões Nacionais ocorrem em 2022 a 2025, sendo em 2022 e 2023 somente a Missão Amazônia. Em 2024, as missões realizadas foram: Amazônia, Jequitinhonha e Sertões. No primeiro semestre de 2025, tivemos as missões Amazônia e Jequitinhonha. As Missões Amazônia foram realizadas em 11 edições, que totalizou 106.186 consultas, sendo em 2022- 9.160; 2023- 49.169; 2024- 22.080; e 2025- 25.777. A primeira Missão Jequitinhonha foi realizada em 2024 e a 2ª missão em 2025, com 13.423 e 9.775 atendimentos, respectivamente. Já a primeira Missão Sertões foi realizada em 2024, com 17.488 atendimentos. Os resultados foram organizados em três grandes blocos temáticos: (1) Perfil sociodemográfico; (2) Condições de moradia e infraestrutura; e (3) Condições de saúde. No bloco “Condições de Saúde” foram apresentados em sub-blocos para a melhor compreensão, devido a variedade de informação.

Perfil Sociodemográfico

Em todas as missões realizadas entre 2022 e 2025, tanto na Missão África quanto nas Missões Nacionais (Amazônia, Jequitinhonha e Sertões), observou-se predomínio de mulheres adultas entre os atendimentos realizados. As variáveis sexo e faixa etária estiveram disponíveis para todas as missões e demonstraram um padrão consistente de maior demanda por parte do público feminino, especialmente na faixa etária adulta (20–59 anos), o que pode refletir tanto a maior busca por cuidados de saúde entre as mulheres quanto a maior exposição dessas populações a contextos de vulnerabilidade social.

Nas Missões Nacionais, foram analisadas adicionalmente as variáveis cor de pele/etnia, escolaridade, estado civil e população indígena. Foi observada predominância de indivíduos autodeclarados pretos ou pardos, escolaridade baixa (ensino fundamental incompleto ou médio incompleto),

pessoas casadas ou em união consensual e maior número de atendimentos às pessoas indígenas nas missões Amazônia.

Condições de Moradia e Infraestrutura

As condições de moradia foram analisadas, somente nas missões nacionais, com base em sete variáveis: tipo de posse do imóvel, material da parede da casa, forma de abastecimento de água, tratamento da água consumida, esgotamento sanitário e coleta de lixo.

Observou-se predominância de moradias próprias em todas as missões, especialmente em 2023 e 2025. Em relação ao material da parede, destacaram-se construções em madeira (aproveitada ou emparelhada) e alvenaria, com presença residual de moradias em taipa e palha, principalmente nas Missões Jequitinhonha e Sertões.

O abastecimento de água predominante foi por rede encanada até o domicílio, embora ainda se observe o uso de fontes alternativas como poços, nascentes e carros-pipa em 2024 e 2025, refletindo a vulnerabilidade hídrica de algumas regiões. Quanto ao tratamento da água, uma parte considerável da população relatou não adotar nenhum tipo de tratamento, além de grande quantidade de respostas ausentes.

As formas de esgotamento sanitário apresentaram maior frequência de rede coletora de esgoto e fossas sépticas. Contudo, práticas inadequadas, como céu aberto ou fossas rudimentares, ainda estão presentes, sobretudo nas regiões mais remotas. A coleta de lixo foi relatada como "queimada" ou "enterrada" em boa parte das amostras de 2024 e 2025, especialmente nas Missões Jequitinhonha e Sertões, em contraste com a coleta regular mais frequente na Missão Amazônia.

CONDIÇÕES DE SAÚDE

Queixa, Diagnósticos e Tratamento

Neste bloco temático na Missão África serão apresentadas as informações de queixa, diagnósticos e tratamento, pois as informações clínicas não estavam registradas consistentemente para a realização das análises.

Ao analisar os 10 principais motivos de atendimento registrados por CID-10 (sistema de codificação de doenças, lesões e causas externas), CIAP-2 (sistema de Classificação Internacional de Atenção Primária), diagnósticos e tratamentos. Observou-se que "exame geral sem queixas" foi recorrente entre os motivos. O uso de analgésicos e orientação simples predominaram entre os tratamentos.

Nas Missões Nacionais as principais queixas classificadas por CID-10 incluíram sintomas inespecíficos como cefaleia (R51), mal-estar (R53) e dor abdominal (R10), além de infecções respiratórias (J06, J11). Pela classificação CIAP-2, prurido, tosse, dor muscular e febre foram os sintomas mais frequentes. Entre os diagnósticos, destacaram-se "exame geral sem queixa" (Z00), cefaleia e mialgia.

O padrão de prescrição foi dominado por "orientações" e "sintomáticos", com uso pontual de medicamentos como dipirona, paracetamol, ibuprofeno e ivermectina. Entre os sinais e sintomas avaliados, destacaram-se dor, edema, febre, diabetes e nega (ausência de queixas).

As doenças referidas indicaram alta prevalência de hipertensão, diabetes e dislipidemia, com destaque para o grande número de registros ausentes. A história familiar seguiu padrão semelhante, com predominância de doenças cardiovasculares e metabólicas.

Avaliações Clínicas e Sinais Vitais

Neste bloco de avaliações clínicas serão apresentadas apenas as informações das Missões Nacionais que serão Estado Nutricional, Glicemia e Pressão Arterial.

Estado Nutricional

No estado nutricional as categorias analisadas incluíram: Abaixo do Normal, Normal, Sobrepeso, Obesidade Grau I, II, III e Sem informação (Figura 1). Na Missão Amazônia que foi realizada em 2022 e 2023, observou-se elevada frequência de participantes com estado nutricional normal e sobrepeso em 2023. Em 2022, embora o número total de registros seja menor, nota-se uma concentração nas categorias "Normal" e "Abaixo do Normal".

Já em 2024, a Missão Sertões apresentou elevada proporção de indivíduos com estado nutricional normal, enquanto a Missão Jequitinhonha teve maior prevalência de casos classificados como abaixo do normal e sobrepeso.

No ano de 2025, chama atenção a persistência de casos nas categorias abaixo do normal e sobrepeso, o que pode indicar uma tendência à polarização nutricional, com presença simultânea de desnutrição e excesso de peso.

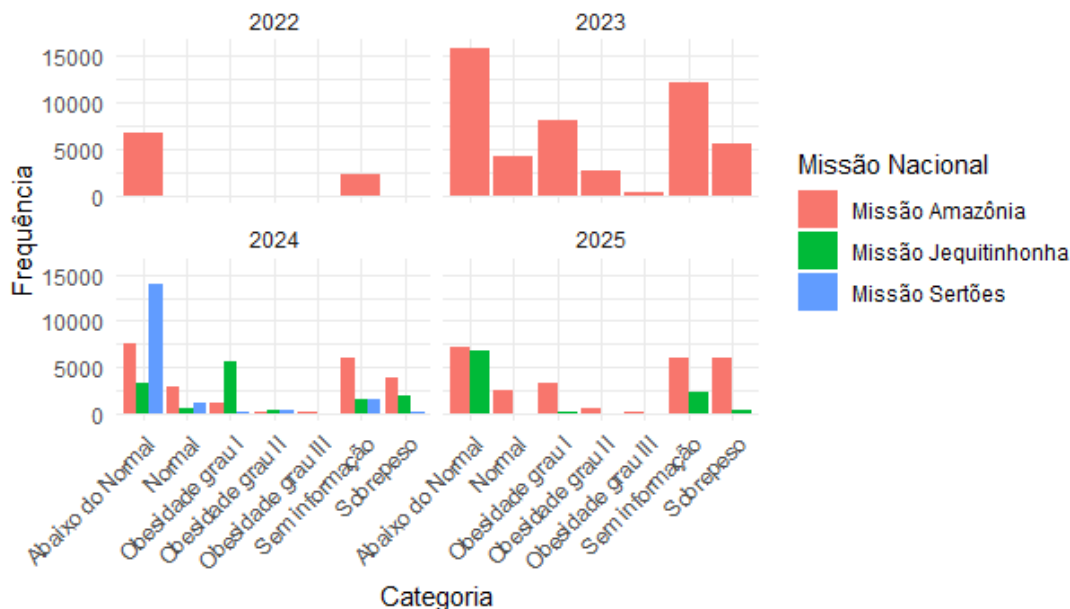


Figura 1. Distribuição IMC das pessoas atendidas pelas Missões Nacionais nos anos 2022–2025. 2025.

Classificação da Pressão Arterial

A classificação da pressão arterial (Figura 2) apresentou distribuição heterogênea entre os anos e entre as missões. Em 2022 e 2023, na Missão Amazônia, observou-se destaque para os níveis “estágio 1” e “pré-hipertensão”, além de uma proporção significativa de “sem informação”. Em 2024, observou-se maior frequência de pressão “ótima” na Missão Jequitinhonha, enquanto nos Sertões houve maior prevalência de “estágio 1”. Em 2025, a classificação “pré-hipertensão” liderou em todas as missões que apresentaram registros destas informações, evidenciando risco elevado para doenças cardiovasculares.

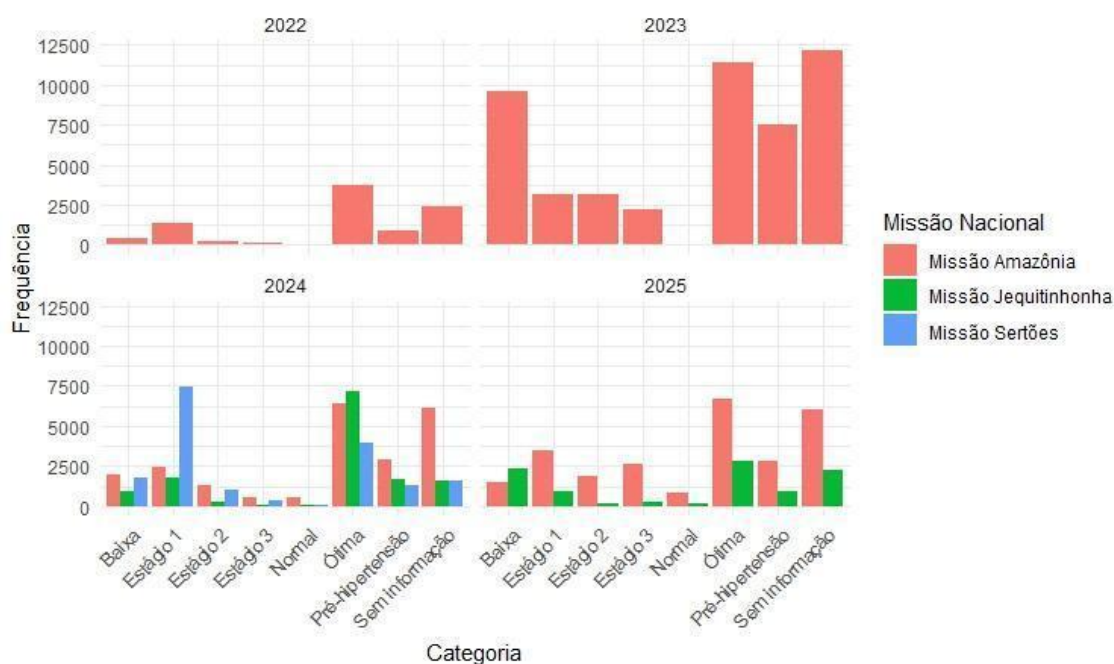


Figura 2. Distribuição da pressão arterial das pessoas atendidas pelas Missões Nacionais nos anos 2022–2025. 2025.

AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA

Na avaliação pediátrica foram analisadas as variáveis: tipo de parto, peso ao nascer e índice de massa corporal (IMC) da criança. Na análise do tipo de parto foi observado a predominância de partos normais em todas as missões e anos, com exceção de 2023, onde teve um aumento expressivo nos registros de partos cesarianos na Missão Amazônia. A partir de 2024, manteve-se a tendência de maior frequência de partos normais, embora a categoria “sem informação” ainda represente proporção relevante, especialmente em 2022 e 2025.

Peso ao Nascer

O peso ao nascer, Figura 3, foi analisado nas categorias: muito baixo, macrossômico, baixo peso, peso adequado e Sem Informação. Em 2022, a maioria dos nascimentos foram classificados como peso adequado, embora também haja registros consideráveis de baixo peso e um número relevante de casos com dados ausentes (“Sem Informação”). Este padrão se mantém e se intensifica em 2023, ano em que se observa um aumento expressivo no número de registros, com predomínio absoluto da categoria “Peso Adequado” e volume elevado de dados sem informação.

Em 2024, a expansão das atividades para as Missões Jequitinhonha e Sertões trouxe maior diversidade regional ao perfil dos nascimentos. Apesar da manutenção do predomínio do peso adequado, nota-se um crescimento proporcional das categorias baixo peso e macrossômico, especialmente na Missão Jequitinhonha, o que pode indicar variações nas condições materno-infantis entre os territórios atendidos. Em 2025, os registros continuam a evidenciar predomínio de peso adequado, mas com registros de baixo peso entre os nascidos.

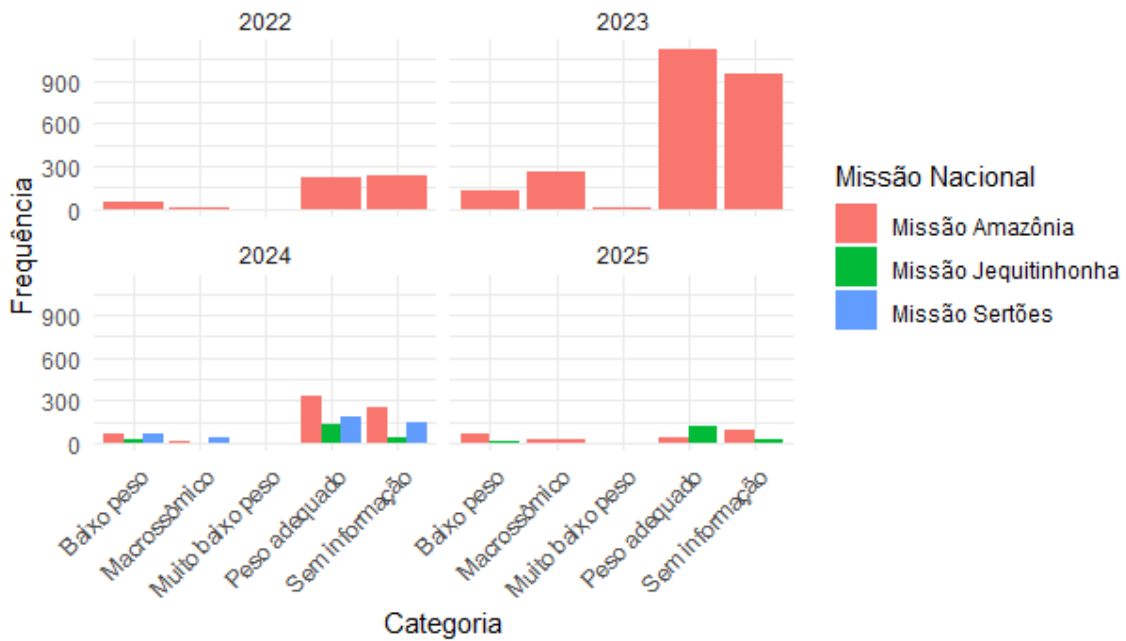


Figura 3. Distribuição do peso ao nascer das crianças atendidas pelas Missões Nacionais nos anos 2022–2025. 2025.

Estado Nutricional Infantil

Em relação ao estado nutricional das crianças (Figura 4), os registros foram distribuídos em: abaixo do normal, normal, obesidade grau III e sem informação. A categoria “abaixo do normal” foi a mais frequente em todos os anos, com destaque para 2023 na Missão Amazônia, onde mais de 2.000 registros foram classificados assim. Registros de obesidade grau III e sobrepeso foram pouco frequentes. A partir de 2024, observou-se maior diversidade nas classificações, sobretudo nas Missões Jequitinhonha e Sertões, com presença de crianças em condição nutricional normal e discretos casos de sobrepeso. Entretanto, a categoria abaixo do normal continuou apresentando registros, mesmo que em menor proporção.

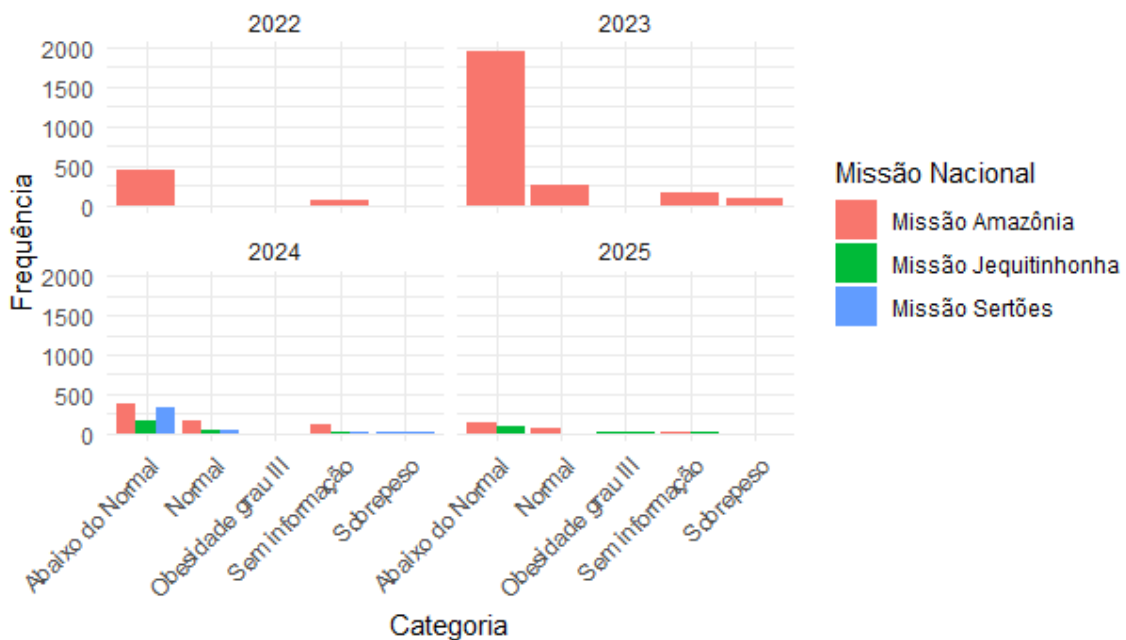


Figura 4. Distribuição do IMC das crianças atendidas pelas Missões Nacionais nos anos 2022–2025. 2025.

AVALIAÇÃO GINECOLÓGICA

A avaliação ginecológica foi analisada por meio de três variáveis: paridade, idade gestacional e classificação gestacional.

Paridade

Na análise da paridade das mulheres atendidas foi observado predomínio de mulheres multíparas em todos os anos e regiões analisadas. O pico foi observado em 2023 na Missão Amazônia, com mais de 5.000 registros de multíparas. As categorias nulípara e primípara foram minoritárias, com proporções relativamente estáveis entre os anos. Em 2024 e 2025, manteve-se o predomínio de multíparas, embora com redução da magnitude absoluta. A categoria “sem informação” foi pouco frequente (Figura 5).

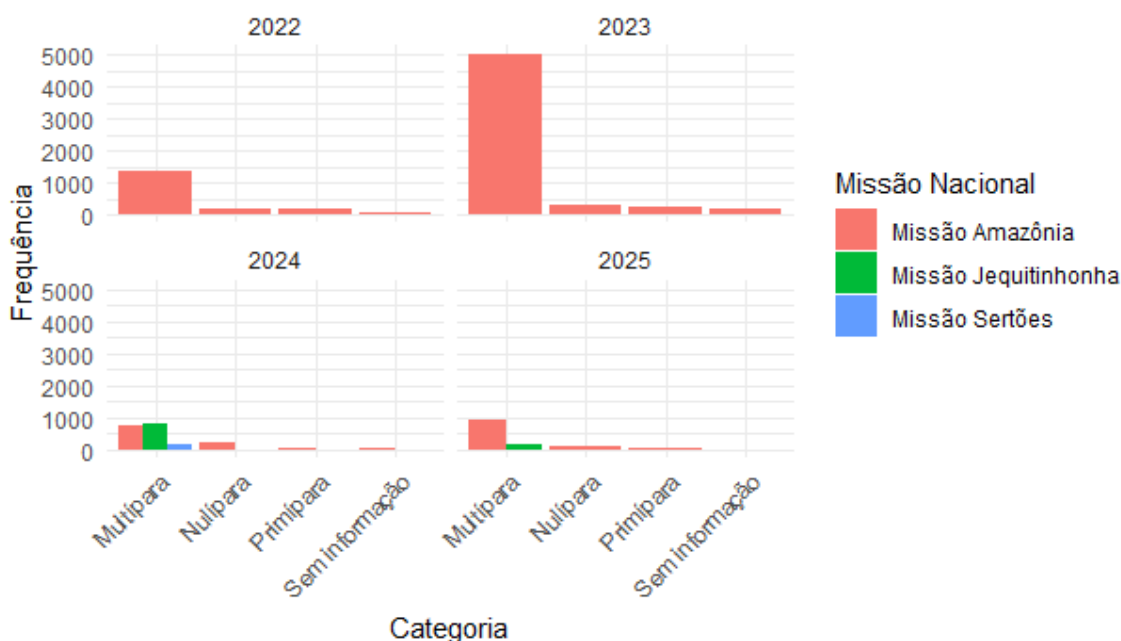


Figura 5. Distribuição da classificação por número de partos das mulheres atendidas pelas Missões Nacionais nos anos 2022–2025. 2025.

Idade Gestacional

A distribuição da idade gestacional no momento da avaliação indicou maior frequência de gestantes no primeiro trimestre em todos os anos analisados, especialmente na Missão Amazônia em 2023. O segundo trimestre também apresentou representação relevante, ao passo que o terceiro trimestre foi menos frequente. A partir de 2024 foi mantido o padrão predominante do primeiro trimestre.

Classificação Gestacional (Termo ou não)

A variável de classificação gestacional apresentou predominância absoluta da categoria “sem informação” em todos os anos, com exceção de poucos registros de gestações a termo em 2024 e 2025. Isso indica uma expressiva limitação na coleta desse dado específico durante as avaliações ginecológicas realizadas nas missões.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo evidenciam desigualdades estruturais nas determinantes sociais e nos desfechos de saúde entre populações atendidas pelas Missões Humanitárias da Inspirali no Brasil e na África. Verificou-se um padrão de precariedade nas condições de moradia, fragilidades na coleta de dados clínicos e prevalência de doenças crônicas e deficiências nutricionais, especialmente em crianças. Esses resultados refletem o histórico de exclusão territorial, econômica e sanitária que afeta regiões como a Amazônia Legal, o Vale do Jequitinhonha e os Sertões nordestinos¹⁻³.

As condições de moradia analisadas nas Missões Nacionais apresentam um quadro de vulnerabilidade estrutural e socioambiental persistente nos territórios atendidos, que impactam negativamente no controle e prevenção de agravos evitáveis. Neste bloco temático foram considerados elementos compõem indicadores clássicos dos determinantes sociais da saúde^{5,1}, e afetam diretamente a exposição a agravos, o bem-estar e o acesso à promoção da saúde, que são: tipos de posse do imóvel, material das paredes, abastecimento e tratamento da água, esgotamento sanitário e coleta de lixo.

A maior frequência de imóveis próprios pode inicialmente sugerir estabilidade habitacional, entretanto, é importante considerar que a posse do imóvel não implica, necessariamente, em condições adequadas de moradia. Em contextos de pobreza rural ou urbana periférica, a posse da terra ou do domicílio pode coexistir com a precariedade da infraestrutura, falta de saneamento e risco ambiental². Também é importante destacar as tipologias construtivas que são reconhecidas como marcadores de vulnerabilidade habitacional, com implicações diretas na exposição a condições insalubres, acidentes domésticos, vetores de doenças e dificuldade de controle de temperatura e umidade interna^{3,4}.

No que tange ao abastecimento de água, a dependência de fontes alternativas, observada no presente estudo, está diretamente associada à vulnerabilidade hídrica, que compromete o acesso contínuo e seguro à água, essencial para a prevenção de doenças de transmissão hídrica, higiene pessoal e preparo de alimentos^{5,6}. O tratamento da água consumida, com parte relevante da população sem nenhum tipo de purificação, expõe comunidades ao risco de infecções gastrointestinais, hepatites virais, parasitoses e outras doenças relacionadas ao consumo de água contaminada, especialmente em contextos de saneamento precário⁷.

No caso do esgotamento sanitário as práticas inadequadas como esgoto a céu aberto e fossas rudimentares, observados em nossas análises, representam riscos ambientais importantes, com potencial de contaminação do solo, da água e de transmissão de doenças como leptospirose, hepatite A e doenças entéricas^{8,9}. A coleta de resíduos sólidos foi descrita como queimada ou enterrada em boa parte dos atendimentos registrados em 2024 e 2025, evidenciando ausência de serviços regulares de limpeza urbana em parte significativa dos territórios atendidos. Esse cenário contrasta com a coleta regular predominante na Missão Amazônia, sugerindo desigualdades entre as frentes de atuação e os territórios. O descarte informal de resíduos contribui para a proliferação de vetores, poluição ambiental e insegurança sanitária, além de representar um dos principais indicadores de exclusão de serviços públicos essenciais¹⁰.

Esses resultados reafirmam que as condições de moradia e saneamento básico devem ser compreendidas como dimensões centrais da saúde coletiva, e não apenas como variáveis contextuais. O padrão identificado nas Missões Nacionais expressa desigualdades históricas de infraestrutura urbana e rural, fortemente associadas a um modelo de desenvolvimento excludente que penaliza regiões periféricas e populações em situação de pobreza^{2,11}. A inclusão sistemática dessas variáveis nas ações de campo e sua análise articulada aos desfechos clínicos e nutricionais representa um avanço importante na caracterização dos determinantes estruturais da saúde das populações atendidas.

A análise do perfil sociodemográfico apresentou predominância de pessoas adultas, mulheres, autodeclaradas pretas ou pardas, e com estado civil casado ou em união estável. Esses achados reforçam o padrão já documentado na literatura, no qual mulheres e pessoas negras são mais frequentemente usuárias dos serviços públicos de saúde, especialmente em ações itinerantes e em regiões de maior vulnerabilidade⁴⁻⁶.

A predominância do sexo feminino pode estar associada a uma maior demanda por cuidados de saúde e a uma posição historicamente atribuída às mulheres como cuidadoras de si, da família e da comunidade, o que também se reflete na maior adesão a campanhas e programas de saúde pública^{1,5}. No entanto, essa presença majoritária também pode indicar lacunas na atenção à saúde dos homens, que tendem a procurar menos os serviços, muitas vezes por barreiras socioculturais relacionadas à masculinidade e ao trabalho informal ou precário, frequente nas áreas atendidas pelas Missões.

A maior proporção de adultos, em relação a crianças e idosos, pode estar associada ao formato da mobilização local, ao tipo de oferta assistencial priorizada e à demanda espontânea. Embora as Missões incluam atendimentos pediátricos e ações para a população idosa, o predomínio de adultos reforça a importância de adaptar as estratégias para garantir maior equidade intergeracional no acesso ao cuidado.

Em relação à raça/cor, a predominância de pessoas pretas e pardas reflete a composição étnico-racial das regiões atendidas, frequentemente marcadas por um histórico de exclusão, menor cobertura de serviços públicos e maiores índices de pobreza^{2,3}. A interseção entre raça, território e pobreza configura um determinante estrutural das desigualdades em saúde, com efeitos diretos na incidência de doenças evitáveis, na precariedade das condições de vida e na ausência de acesso a diagnósticos e tratamentos oportunos^{6,9}.

O fato de a maioria dos participantes estar casada ou em união estável também fornece pistas importantes sobre a composição das famílias nas regiões analisadas. Em contextos de vulnerabilidade social, relações conjugais podem estar associadas tanto a estratégias de coabitação econômica quanto a padrões culturais de organização familiar. No entanto, esse dado não deve ser automaticamente interpretado como fator de proteção, uma vez que situações de violência doméstica, sobrecarga de cuidado e dependência financeira são frequentemente invisibilizadas em estudos populacionais sobre famílias em áreas periféricas¹⁰.

Tais evidências estão em consonância com a literatura consolidada que aponta a interseção entre desigualdades raciais, socioeconômicas e territoriais como fator determinante do adoecimento e do acesso limitado à saúde⁴⁻⁶. Nesse cenário, as Missões se configuram como estratégias relevantes de enfrentamento das iniquidades, ao promoverem acesso direto a cuidados, identificação ativa de agravos e, simultaneamente, gerarem dados fundamentais para subsidiar políticas públicas mais equitativas^{7,8}.

No que tange às condições clínicas, identificou-se ausência de dados importantes como temperatura, IMC, glicemia e pressão arterial, na Missão África. Essa lacuna compromete o rastreamento de agravos crônicos e infecciosos, dificultando a vigilância epidemiológica^{14,15}. A literatura destaca que a coleta sistemática de sinais vitais é essencial na atenção primária, sobretudo em contextos de vulnerabilidade^{16,17}. No entanto, destacamos que as lacunas no preenchimento de informações foram devido à alta demanda de pessoas em busca de atendimento durante as ações, o que reforça a importância destes atendimentos humanitários.

Entre os registros disponíveis, a alta prevalência de sintomas inespecíficos, como dor e cefaleia, e de diagnósticos ambulatoriais reforça o caráter pontual das ações e a limitação da capacidade diagnóstica *in loco*¹⁸. O uso concentrado de analgésicos e anti-hipertensivos, com baixa diversidade

terapêutica, aponta para uma prática clínica voltada à resolução imediata de demandas, sem continuidade de cuidado¹⁹.

O estado nutricional apresentou um padrão predominantemente marcado por sobrepeso e obesidade em adultos, além de déficit ponderal em crianças, configurando o fenômeno conhecido como dupla carga de má nutrição, característico de populações em transição epidemiológica^{20,21}. No entanto, embora em menor proporção, foram também identificados casos de baixo peso (IMC abaixo do normal) entre adultos, o que chama atenção para a persistência de formas clássicas de desnutrição energético-proteica em contextos de extrema vulnerabilidade. Esses casos de baixo peso em adultos, observados especialmente em regiões remotas e com precárias condições de vida, podem estar relacionados a fatores como insegurança alimentar, condições crônicas não diagnosticadas, infecções recorrentes, além de restrição calórica associada à pobreza extrema, conforme descrito na literatura sobre determinantes sociais da saúde^{11,21}. Tais achados reforçam a heterogeneidade do perfil nutricional das populações atendidas e a necessidade de intervenções direcionadas, tanto para o controle do excesso de peso quanto para o combate à desnutrição persistente, frequentemente negligenciada em adultos.

Na análise da saúde materno-infantil foi destacada a predominância de partos vaginais, especialmente em contextos com menor acesso hospitalar, e presença significativa de baixo peso ao nascer. O baixo peso é um dos principais preditores de morbimortalidade neonatal e está associado à precariedade no acesso ao pré-natal, à desnutrição materna e à exposição ambiental²¹. A elevada frequência de registros sem informação sobre idade gestacional ou classificação termo/prematuro representa um obstáculo crítico à vigilância perinatal^{18,22}.

Outro achado relevante diz respeito à predominância de mulheres multíparas e à maior frequência de gestantes no primeiro trimestre no momento da avaliação. Este último dado sugere uma oportunidade estratégica de intervenção precoce, reforçando a importância das missões como porta de entrada para o cuidado pré-natal em populações de difícil acesso²³.

Por fim, a recorrência da categoria “sem informação” em variáveis fundamentais, como sinais vitais, uso de medicamentos e dados obstétricos, evidencia uma vulnerabilidade informacional que reflete limitações operacionais, mas também a negligência histórica a que essas populações foram submetidas²⁴. Portanto, torna-se imprescindível o fortalecimento da estrutura logística, da capacitação das equipes e da adoção de protocolos padronizados de coleta durante as missões, a fim de assegurar qualidade e continuidade na atenção em saúde.

CONCLUSÃO

As Missões Humanitárias da Inspirali são uma importante estratégia de levar atendimento a cenários de desigualdades sanitárias profundamente enraizadas em contextos de pobreza, invisibilidade e exclusão territorial. As fragilidades na coleta de informações clínicas, a precariedade das condições de moradia e os indicadores adversos de saúde materno-infantil reforçam a urgência de estratégias integradas de cuidado em saúde e fortalecimento da atenção primária. Além de prestar assistência direta, as missões desempenham papel essencial na vigilância ativa e na geração de evidências que podem orientar políticas públicas equitativas. É imperativo que tais iniciativas sejam incorporadas ao planejamento permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, onde ocorre essas políticas públicas de saúde, com ênfase na intersetorialidade, formação continuada e valorização do cuidado em territórios historicamente negligenciados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores deste artigo declaram que não possuem conflito de interesse de ordem financeiro, pessoal, político, acadêmico ou comercial.

REFERÊNCIAS

1. Brant FR, Abreu D, Vida PG. Expressões das desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde no Brasil: uma revisão de escopo. *Cien Saúde Colet*. 2024;29(7):e04932024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.04932024>.
2. Giovanella L, Scheffer M, Medina MG, et al. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, organizador. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2023. p.185-205. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-10.pdf>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022 – Primeiros Resultados. Rio de Janeiro: IBGE; 2023. <https://censo2022.ibge.gov.br>
4. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Equidade e desigualdades em saúde nas Américas: relatório final da Comissão. Washington, DC: OPAS; 2020. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53171>
5. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2010.
6. Nahas MIP, Moura ASA, Carvalho RC, Heller L. Desigualdade e discriminação no acesso à água e ao esgotamento sanitário na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2019;35(4):e00100818. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00100818>
7. Bartram J, Cairncross S. Hygiene, sanitation, and water: forgotten foundations of health. *PLoS Med*. 2010;7(11):e1000367. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000367>
8. Schenkman S, Bousquat A, da Silva AP, et al. Intersectional equity in Brazil's remote rural municipalities: the road to efficiency and effectiveness in local health systems. *Front Public Health*. 2024;12:1401193. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1401193>
9. Nahas MIP, de Souza Junior PRB, Silva RCS, et al. Saneamento básico e mortalidade infantil: uma análise via painel espacial para os municípios brasileiros. *Rev Bras Estud Reg Urbanos*. 2022;16(1):29–56. doi:10.54766/rberu.v16i1.804
10. Nahas MIP, Moura ASA, Carvalho RC, Heller L. Desigualdade e discriminação no acesso à água e ao esgotamento sanitário na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2019;35(4):e00100818. doi:10.1590/0102-311X00100818
11. Pinho Neto V, Machado C, Lima F, Roman S, Dutra G, et al. Inequalities in the geographic access to delivery services in Brazil. *BMC Health Services Research*. 2024; 24:1598. doi:10.1186/s12913-024-12042-4.
12. Lin J, Rashid M, Dhillon RS, et al. Primary Health Care Systems and Their Contribution to Universal Health Coverage and Population Health: A Mixed-Methods Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;21(12):1601. doi:10.3390/ijerph21121601

13. Fachin J, Araújo NC, Araújo RF. Fake News e desinformação em saúde no Brasil. *Asklepion*. 2025;4(1):108. doi: 10.21728/asklepion.2025v4n1e-108
14. Organização Pan-Americana da Saúde. *Health Financing and Pharmaceutical Policy Challenges Affecting Access to Medicines in the Caribbean*. Bridgetown, Barbados: PAHO; 2023.
15. Oliveira EC. Monitoramento dos determinantes da prevalência da desnutrição infantil no Brasil segundo indicadores da Agenda 2030 no ano de 2022. *Rev Bras Epidemiol*. 2025;28:e250001. doi:10.1590/1980-5497202500001.
16. UNICEF Brasil. *Situação da Infância Brasileira 2021*. Brasília: UNICEF; 2021. <https://www.unicef.org/brazil/>
17. Carvalho FC, Gomes CS, Bernal RTI, Pinto HA, Pereira CA, Malta DC. Associação entre avaliação elevada da Atenção Primária à Saúde, estado de saúde e uso dos serviços de saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2024;48(141):e8666. doi:10.1590/2358-289820241418666P.
18. Silva ACF, Santos IS, Reichenheim ME, Barros FC, Victora CG, Horta BL, Matijasevich A. Tendências do nascimento prematuro: resultados de cinco inquéritos populacionais no extremo sul do Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2025;30(3):e10112023. doi:10.1590/1413-81232025303.10112023.
19. Ministério da Saúde (Brasil). *Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco*. Caderno de Atenção Básica, n. 32. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
20. Abdolalipour S, Abbasalizadeh S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Abbasalizadeh F, Jahanfar S, Raphi F, Mirghafourvand M. Effect of implementation of the WHO intrapartum care model on maternal and neonatal outcomes: a randomized control trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024; 24:283 doi:10.1186/s12884-024-06449-4
21. Liu T, Xu Y, Gong Y, Zheng J, Chen Z, *et al*. The global burden of disease attributable to preterm birth and low birth weight in 204 countries and territories from 1990 to 2019: an analysis of the Global Burden of Disease Study. *J Glob Health*. 2024; 14:04109. doi:10.7189/jogh.14.04109
22. Gonçalves TMM, Santos JLF, Rocha GM, Lima CRP, Oliveira TMS. Desigualdades de acesso à atenção pré-natal entre mulheres em pobreza extrema no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Rev Bras Epidemiol*. 2024;27:e240012. doi:10.1590/1980-549720240012
23. Lessa MSA, Lima EM, Souza MDDBS, Azevedo RS, Krieger RG. Iniquidades na assistência pré-natal no Brasil: análise interseccional de raça/cor, escolaridade e região de residência. *Physis (Rio J)*. 2024;34:e34004. <https://doi.org/10.1590/S0103-733120243401103>
24. Bonilha EA, Vico ES, Freitas M, Barbuscia DM, Galleguillos TG, Okamura MN, *et al*. Coverage, completeness and reliability of the data in the Information System on Live Births in public maternity wards in São Paulo, Brazil, 2011. *Epidemiol Serv Saude*. 2018;27(1):e201712811. doi:10.5123/S1679-49742018000100011