

PANORAMA DA SAÚDE NA REGIÃO

Desde a criação da Organização Pan-Americana da Saúde em 1902, os governos da América tem abordado de forma conjunta seus problemas ligados à saúde e ao meio ambiente, comprometendo-se com ações coletivas, e definido estratégias para responder aos desafios que se apresentam. Desde o começo, a coleta, análise e divulgação das informações de saúde têm sido uma função básica da organização. A partir de 1924, a situação e as tendências da saúde comunicadas pelos países foram um elemento importante dos relatórios anuais do Diretor. Em 1954, a secretaria da OPAS publicou o primeiro relatório sobre a situação da saúde nas Américas em separado, iniciando assim uma ininterrupta publicação quadrianual, agora quinzenal, com informações sobre a saúde na região.

A edição de 2007 de *Saúde nas Américas* oferece um amplo panorama da situação na Região e em todos os países em relação à saúde e ao desenvolvimento humano, doenças específicas e fatores de risco, saúde ambiental e evolução dos sistemas e serviços de saúde. Além disso, há o exame e a análise do progresso alcançado em relação ao compromisso mundial, expressado nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), estabelecidos pelas Nações Unidas, de encarar os problemas da pobreza extrema, da fome, das doenças, da falta de água e saneamento, das moradias inadequadas e da exclusão social, e de promover a igualdade de gênero, a educação e a sustentação do meioambiente. Essa expressão do compromisso coletivo dos países de conseguir a igualdade social esta presente em toda esta publicação.

A SAÚDE NO CONTEXTO DO DESENVOLVIMENTO

Na região das Américas a saúde e o desenvolvimento humano avançaram nos últimos 25 anos, como demonstram os indicadores apresentados no quadro 1. O crescimento demográfico desacelerou, e em 2006 teve redução de 1,2% em média, com um valor mínimo de 0,4% nos países de fala inglesa do Caribe e no máximo de 2% na América Central. A urbanização se expandiu de 68,6% em 1980 a 78,9% em 2006. A

QUADRO 1. Indicadores dos avanços da saúde e do desenvolvimento nas Américas, 1980–2010.

Indicador ¹	1980–1985	1990–1995	2005–2010
Expectativa de vida ao nascer (anos)	68,8	71,1	74,9
Taxa total de fecundidade (filhos por mulher)	3,1	2,6	2,6
Mortalidade infantil (taxa por 1.000 nascidos vivos)	37,8	22,5	16,5
População urbana (%)	68,6	72,8	79,1
Indicador ²	1980–1984	1990–1994	2000–2004
Mortalidade por doenças transmissíveis (taxa por 100.000 habitantes)	109	62,8	55,9
Mortalidade por doenças do aparelho circulatório (por 100.000 habitantes)	280	256,2	229,2
Indicador ³	1980	1990	2005
Taxa de alfabetização (%)	88	87,6	93,8
Cobertura de imunização (%): DTP3	45	76,8	93
Cobertura de imunização (%): Contra Sarampo	48	82,5	93
Acesso a água potável (%)	76	80	93
Acesso a serviços de saneamento (%)	59	66	84
Doenças por cada 10.000 habitantes	23,1	37,9	30

Fontes:

¹United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2005), World Population Prospects: The 2004 Revision. CD-ROM Edition Extended Dataset. U.N. Publications Sales No. 05.XIII.12.

²Organización Panamericana de la Salud. Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas (HA). Sistema de base de datos de mortalidade. 2004.

³Organização Pan-Americana da Saúde. *Situação da saúde nas Américas: Indicadores básicos, 2006*. Washington, D.C.; *Health Conditions in the Americas, 1994 Edition* y UNESCO para 1985–1994; Organização Pan-Americana da Saúde, *Evaluación Regional de Agua y Saneamiento*, Washington, D.C., 2000; y <http://stats.uis.unesco.org/unesco/TableViewer/tableView.aspx?ReportID=201>.

cobertura dos serviços básicos está aumentando em quase todas as partes, porém bem menos nas zonas rurais: a população em geral tem um maior acesso aos serviços educacionais, de abastecimento de água e de saneamento, à assistência básica em saúde, a tecnologias eficazes em função de seu custo e às imunizações. Esta maior cobertura permitiu um progresso mensal na prevenção e controle de numerosas doenças transmissíveis que até então representavam uma carga considerável.

Ao mesmo tempo, a expectativa de vida ao nascer aumentou cerca de seis anos e diminuiu pela metade a incidência de mortalidade infantil (1). A desaceleração do crescimento demográfico, a prolongação da duração da vida e a redução das infecções por doenças transmissíveis e dos problemas pré-natais são alguns dos ganhos mais importantes ligados à saúde na região.

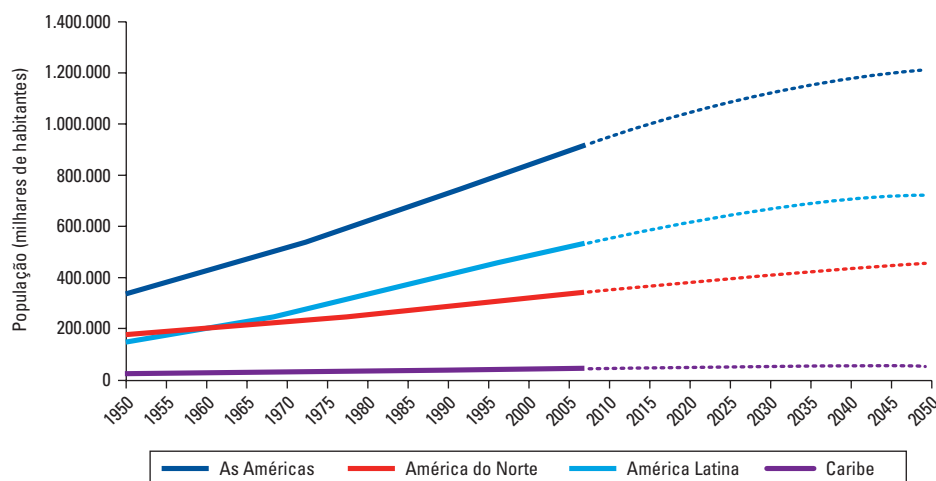
A pesar destes avanços transcendentais na saúde regional, persistem fatos importantes: doenças transmissíveis, como HIV/AIDS, a malária e a tuberculose, diversas doenças crônicas não transmissíveis e transtornos como a obesidade, a hipertensão, as doenças cardiovasculares, a diabetes e o câncer, os acidentes e a violência. Por sua vez estes problemas de saúde se originam em

fatores de risco com determinadas mudanças demográficas, sociais e econômicas que ocorreram nas Américas, como o envelhecimento da população, as modificações nas dietas alimentares e na atividade física, além do consumo de cigarro, álcool e drogas, e a deterioração das estruturas sociais e da assistência.

Os objetivos do Desenvolvimento do Milênio estabeleceram indicadores de progresso em termos de desenvolvimento humano que, ao mesmo tempo, são indicadores da eficiência dos sistemas de saúde. Ao situar o investimento na saúde das pessoas no centro do agenda mundial de desenvolvimento, os ODM oferecem novas oportunidades para que o setor da saúde e as organizações relacionadas à saúde obtenham um amplo apoio para a agenda da saúde.

A grande maioria dos problemas de saúde podem ser atribuídos a amplos fatores determinantes sociais, as “causas atrás das causas” de má saúde: a pobreza, a desnutrição, o desemprego, a falta de acesso à educação e aos serviços de saúde, e a exclusão social de certos grupos da população, entre outros. Tais determinantes sociais são analisados com profundidade no capítulo 1 desta publicação, “A saúde no contexto do desenvolvimento”, que

FIGURA 1. Tendências e projeções da população para as principais sub regiões, Região das Américas, 1950–2050.



Fonte: United Nations Population Division. World Population Prospects: The 2006 Revision. New York. 2007.

abrange o contexto econômico, político, social e ambiental da saúde. Nos parágrafos a seguir são sumarizados alguns fatos importantes que influenciam a saúde das Américas.

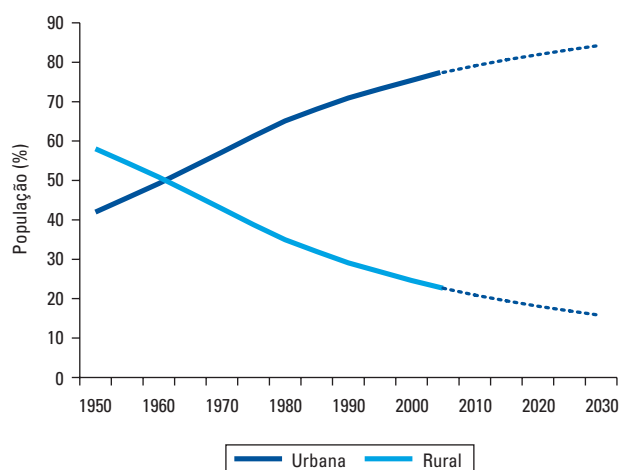
Demografia. A região das Américas continua experimentando três mudanças demográficas importantes: o crescimento demográfico, a urbanização e o envelhecimento da população. Desde 1950 a população da região quase triplicou, chegando a 900,6 milhões de habitantes em 2006, segundo a última revisão de população efetuada pelas Nações Unidas (2). Em uma estrutura hipotético de uma fecundidade média, estima-se que em 2016 esta população passará a marca de um milhão de habitantes, dos quais 600,000 viverão na América Latina e no Caribe (figura 1).

As desvantagens sociais e econômicas nas zonas rurais e nos centros populacionais menores tem levado pessoas, tanto no mundo como nas Américas, a emigrar para as zonas urbanas em busca de emprego e melhores condições de vida, e a urbanização é realmente uma característica destacada da mudança demográfica na região. No entanto, existem considerações diferenciais entre as subregiões: a população urbana nos países de fala inglesa do Caribe contitue 46,3% da população total, enquanto que na América Central representa 54,8%, nos países latinos do Caribe 67,4% do total, na Área Andina 75,8%, na América do Norte 81% e no Cone Sul 86,8%. Quase 20% da população total está agora concentrada somente em 20 das maiores cidades da Região. Na América Latina e no Caribe, a emigração tem se multiplicado e estendido nas cidades com zonas marginais, que geram pobreza, desemprego, violência, insegurança, poluição, e má distribuição de serviços básicos. Desde 1950 quando a população rural constituía 58% da população total, a população urbana

creceu e chegou a 77,4% em 2005. Se está tendência persistir, prevê-se que em 2030 a população urbana na América Latina e no Caribe chegará a quase 85%, como mostra a figura 2 (2).

Os dois grupos de população com o crescimento mais rápido na América são o dos adultos com 60 ou mais anos de idade e os de 80 ou mais anos de idade. Na América do Norte, onde o processo de envelhecimento da população se iniciou antes, as pessoas de 60 ou mais anos de idade passaram de 12,4% da população em 1950 para 16,7% em 2005; prevê-se que este grupo

FIGURA 2. Tendências e projeções da população urbana e rural na América Latina e no Caribe, 1950–2030.



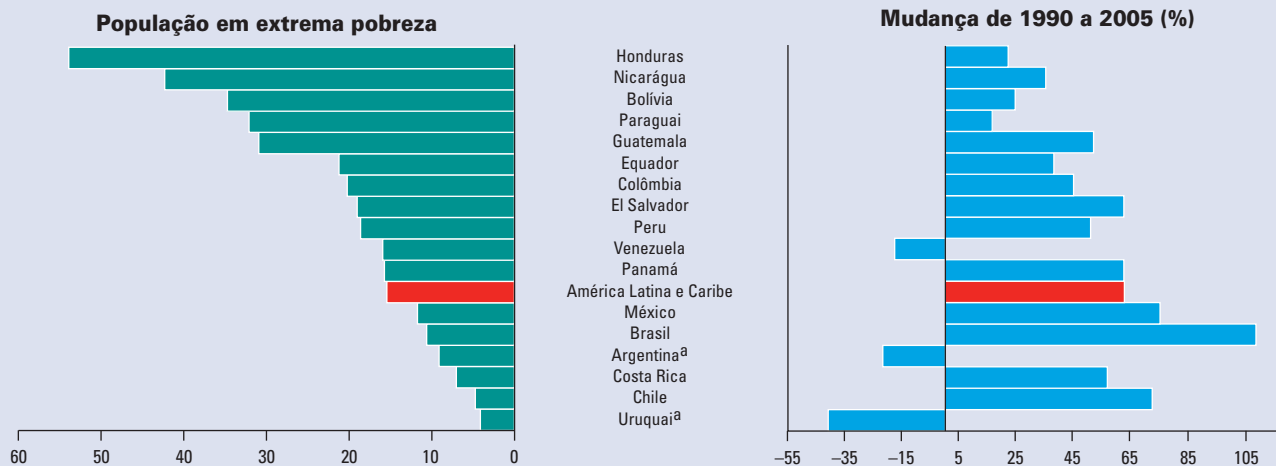
Fonte: United Nations Population Division. World Population Prospects: The 2006 Revision. Nova York. 2007.

Os Objetivos de Desenvolvimento do

OBJETIVO 1. ERRADICAR A POBREZA EXTREMA E A FOME

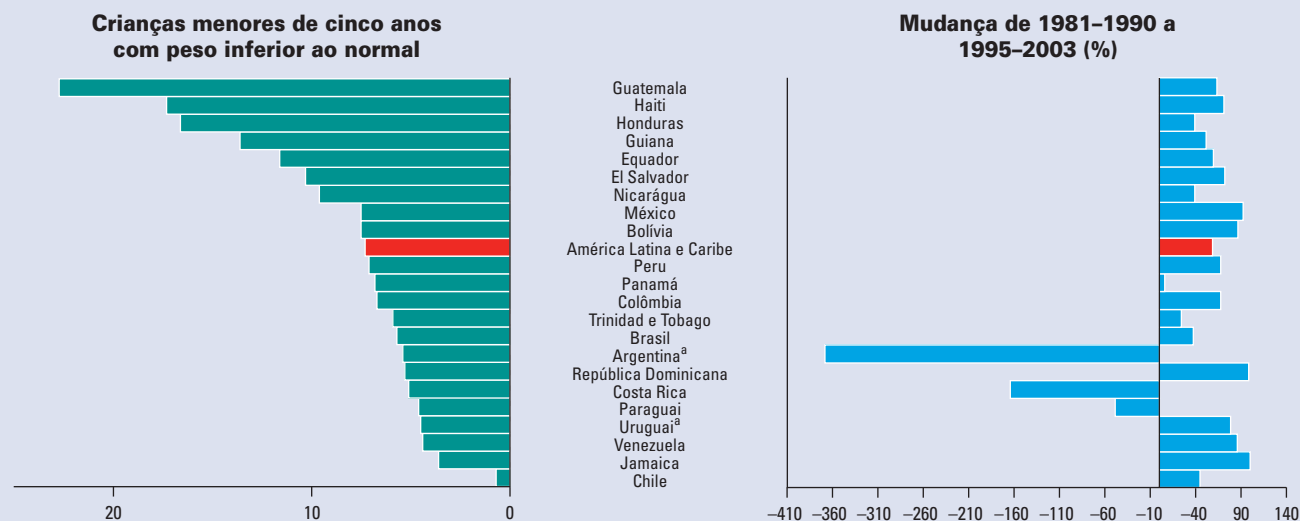
META: REDUZIR À METADE, ENTRE 1990 E 2015, A PORCENTAGEM DE PESSOAS CUJOS SALÁRIOS SEJAM INFERIORES A US\$ 1 POR DIA.

População em extrema pobreza (%), América Latina e Caribe, 2005.



META: REDUZIR À METADE, ENTRE 1990 e 2015, A PORCENTAGEM DE PESSOAS QUE PASSAM FOME.

Crianças menores de 5 anos com peso inferior ao normal (%), América Latina e Caribe, 1995–2003.



^a As cifras correspondem a zonas urbanas.

Nota: A ausência de barras para alguns países significa que não houve mudança.

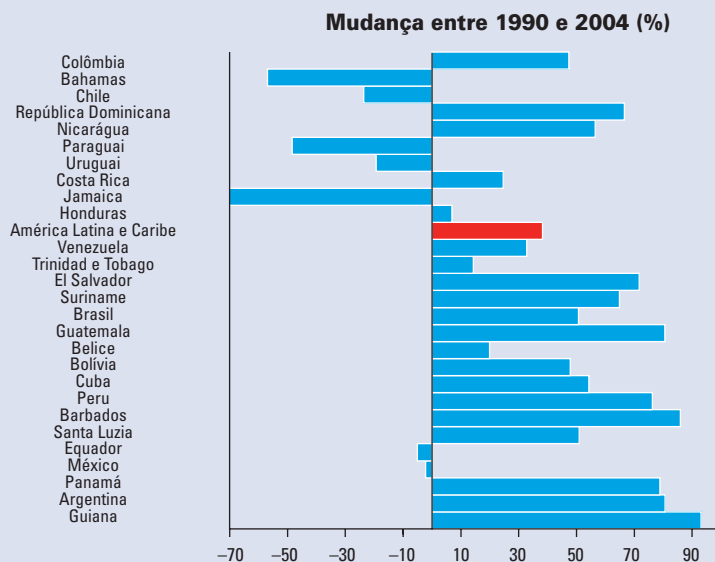
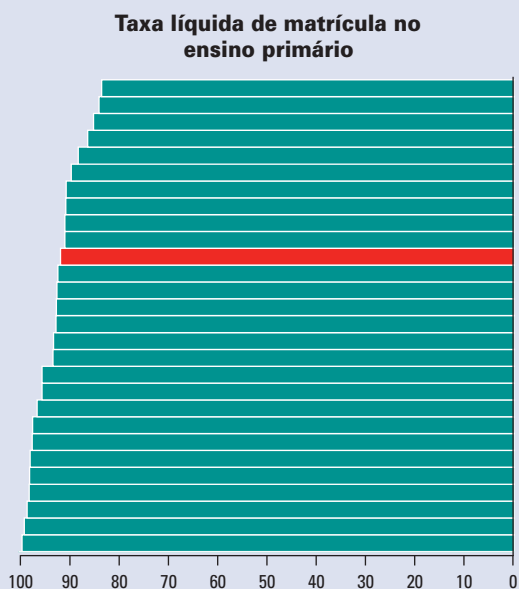
Fontes: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Objetivos de desarrollo del milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe. Producido em colaboração com a Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Internacional do Trabalho; Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação; Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; Programa de Nações Unidas para o Desenvolvimento; Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente; Organização das Nações Unidas para a Infância; Fundo de População de Nações Unidas; Programa Mundial de Alimentos; Programa das Nações Unidas para os Assentamento Humano; Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher. Santiago de Chile: CEPAL; 2005. Nações Unidas, División de Estatística. Base de dados online. Disponível em: http://millenniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi_goals.aspx?CEPAL; 2005. Nações Unidas, División de Estatística. Base de dados online. Disponível em: http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=1

Milênio na América Latina e no Caribe

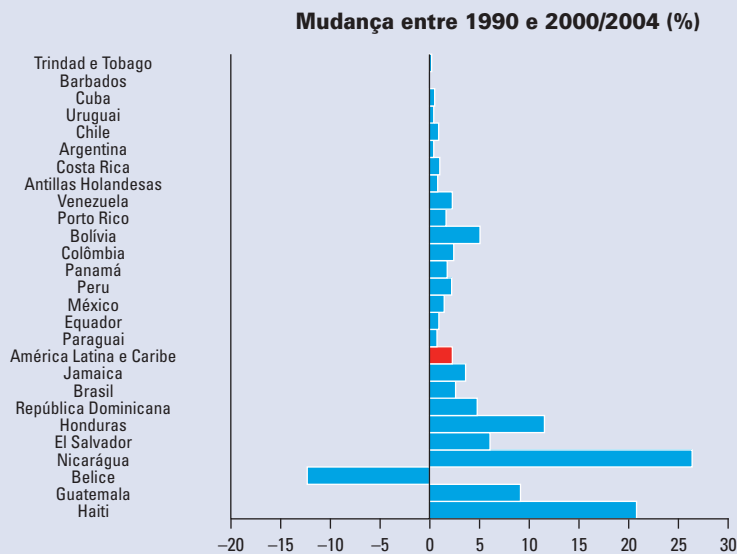
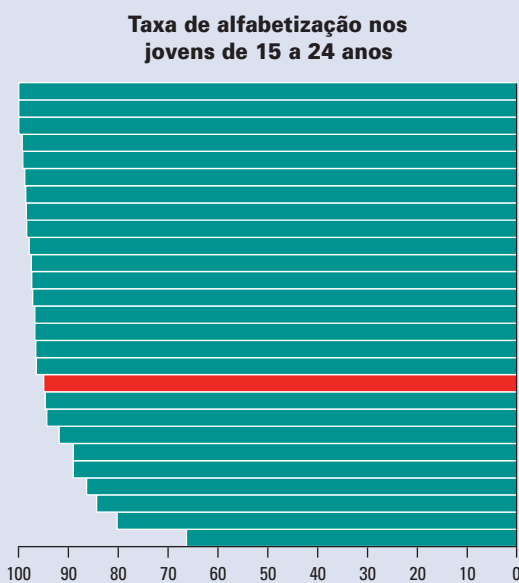
OBJETIVO 2. OBTER O ENSINO PRIMÁRIO UNIVERSAL

META: TRABALHAR PARA QUE NO ANO 2015 AS MENINAS E MENINOS DE TODO O MUNDO POSSAM TERMINAR UM CICLO COMPLETO DE ENSINO PRIMÁRIO.

Taxa líquida de matrícula no ensino primário, América Latina e Caribe, 2004.



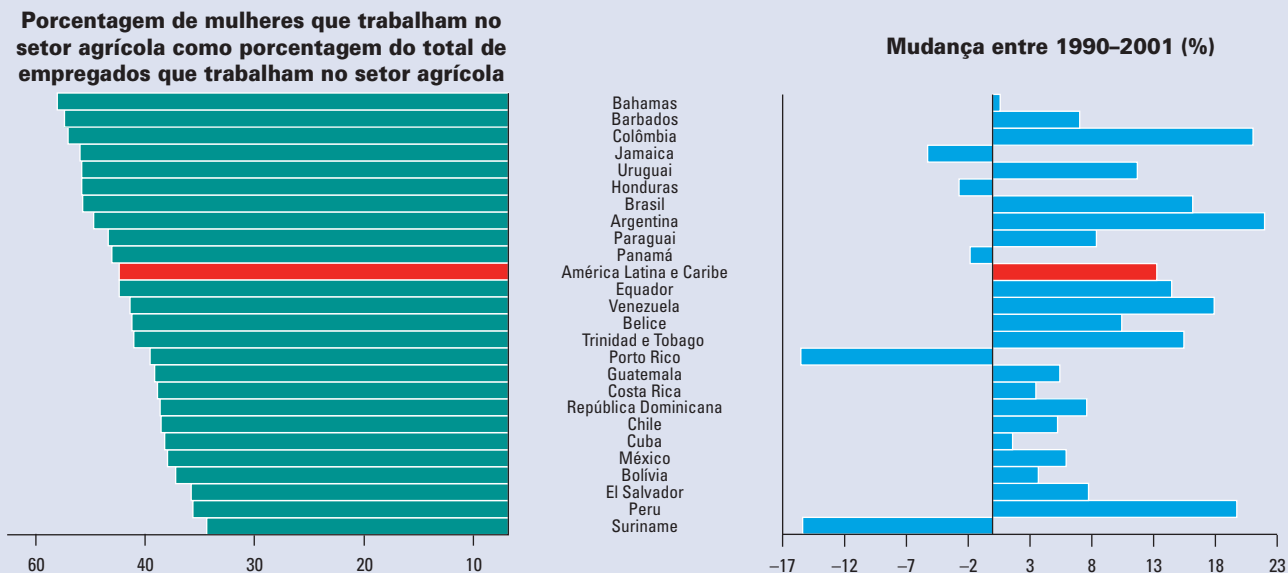
Taxa de alfabetização nos jovens de 15 a 24 anos, América Latina e Caribe, 2000/2004.



OBJETIVO 3. PROMOVER A IGUALDADE ENTRE OS SEXOS E A AUTONOMIA DAS MULHERES

META: ELIMINAR AS DESIGUALDADES ENTRE OS GÊNEROS NO ENSINO PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO, PREFERENCIALMENTE NO ANO DE 2005 E EM TODOS OS NÍVEIS DE ENSINO PARA O ANO DE 2015.

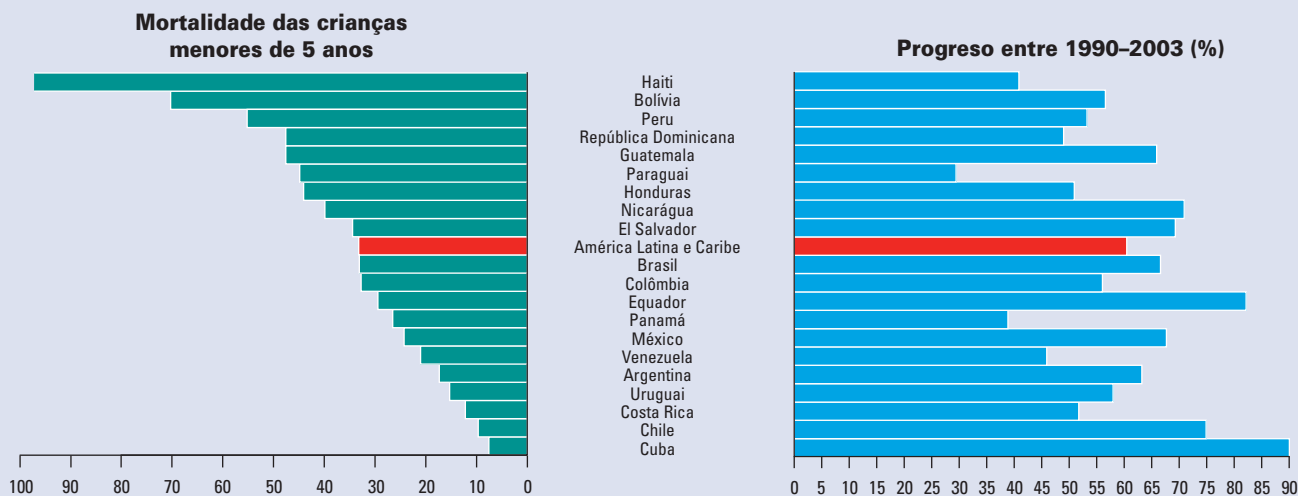
Mulheres que trabalham no setor não agrícola como porcentagem do total de empregados no setor, América Latina e Caribe, 2001.



OBJETIVO 4. REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL

META: REDUZIR EM DOIS TERÇOS, ENTRE 1990 E 2015, A MORTALIDADE DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS.

Taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos por 1000 nascidos vivos, América Latina e Caribe, 2003.



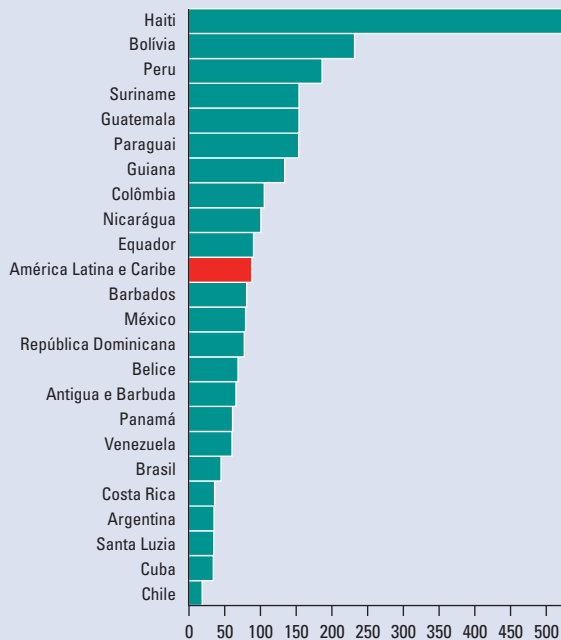
Nota: A ausência de barras para alguns países significa que não houve mudanças.

Fontes: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Objetivos de desarrollo del milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe. Producido em colaboração com a Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Internacional do Trabalho; Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação; Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; Programa de Nações Unidas para o Desenvolvimento; Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente; Organização das Nações Unidas para a Infância; Fundo de População de Nações Unidas; Programa Mundial de Alimentos; Programa das Nações Unidas para os Assentamento Humano; Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher. Santiago de Chile: CEPAL, 2005. Nações Unidas, División de Estadística. Base de dados online. Disponível em: http://millenniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi_goals.aspx? CEPAL, División de Estadística e Projeções Económicas. Base de dados online. Disponível em: <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=1>.

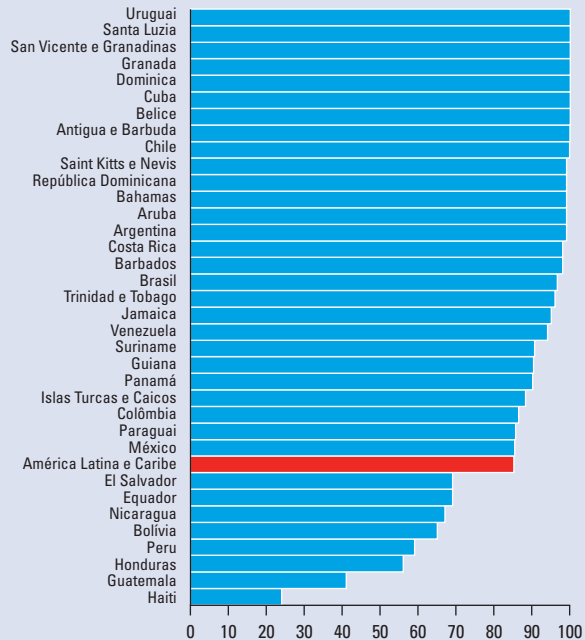
OBJETIVO 5. MELHORAR A SAÚDE MATERNA

META: REDUZIR, ENTRE 1990 E 2015, A MORTALIDADE MATERNA EM TRES QUARTOS.

Taxa da mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos, América Latina e Caribe, 2000.



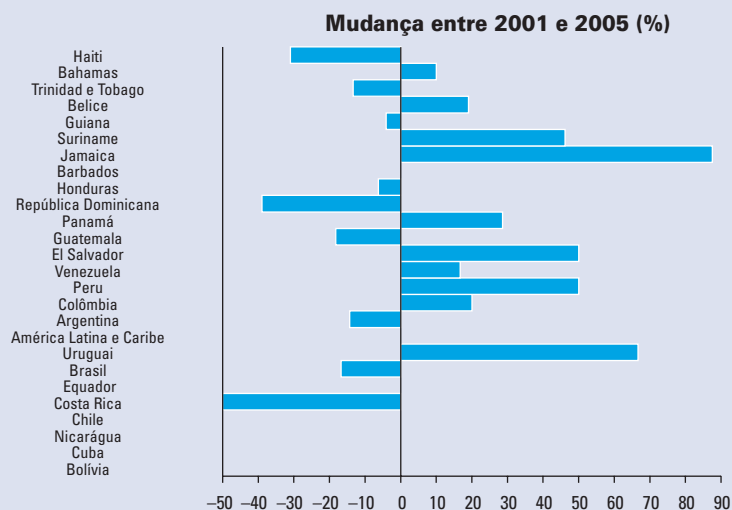
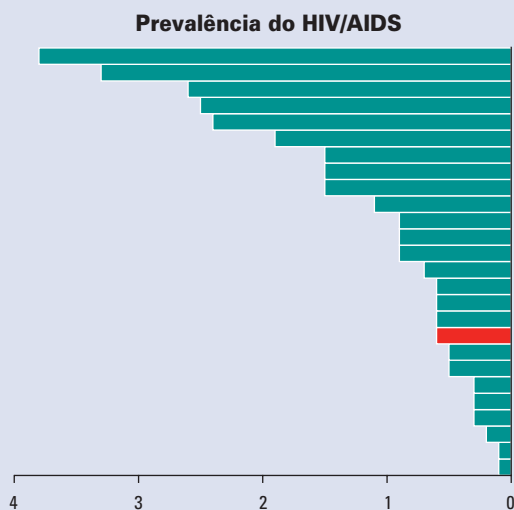
Partos (%) com assistência de pessoal sanitário especializado, América Latina e Caribe, 2000.



OBJETIVO 6. COMBATER O HIV/AIDS, A MALÁRIA E OUTRAS DOENÇAS

META: HAVER DETIDO E COMEÇADO A REDUZIR, PARA O ANO DE 2015, A PROPAGAÇÃO DO HIV/AIDS.

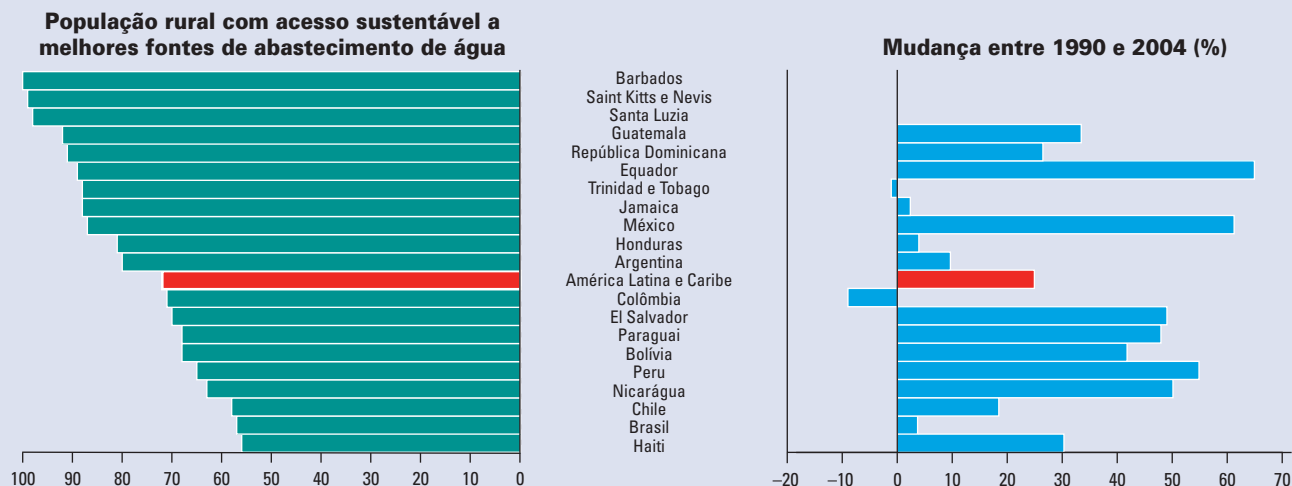
Taxa de prevalência do HIV/AIDS na população de 15 a 49 anos, América Latina e Caribe, 2005.



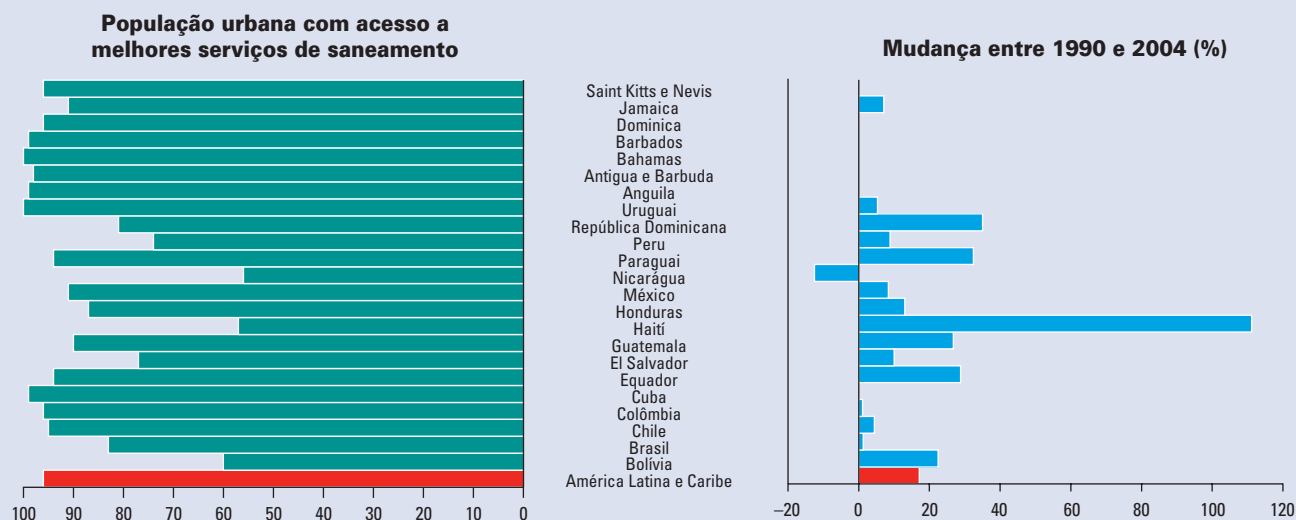
OBJETIVO 7. GARANTIR A SUSTENTABILIDADE DO MEIO AMBIENTE

META: REDUZIR À METADE, PARA O ANO DE 2015, A PORCENTAGEM DE PESSOAS QUE CARECEM DE ACESSO À ÁGUA POTÁVEL E AOS SERVIÇOS DE SANEAMENTO.

Proporção da população rural com acesso sustentável a melhores fontes de abastecimento de água, América Latina e Caribe, 2004.



Proporção da população urbana com acesso a melhores serviços de saneamento (%), América Latina e Caribe, 2004.



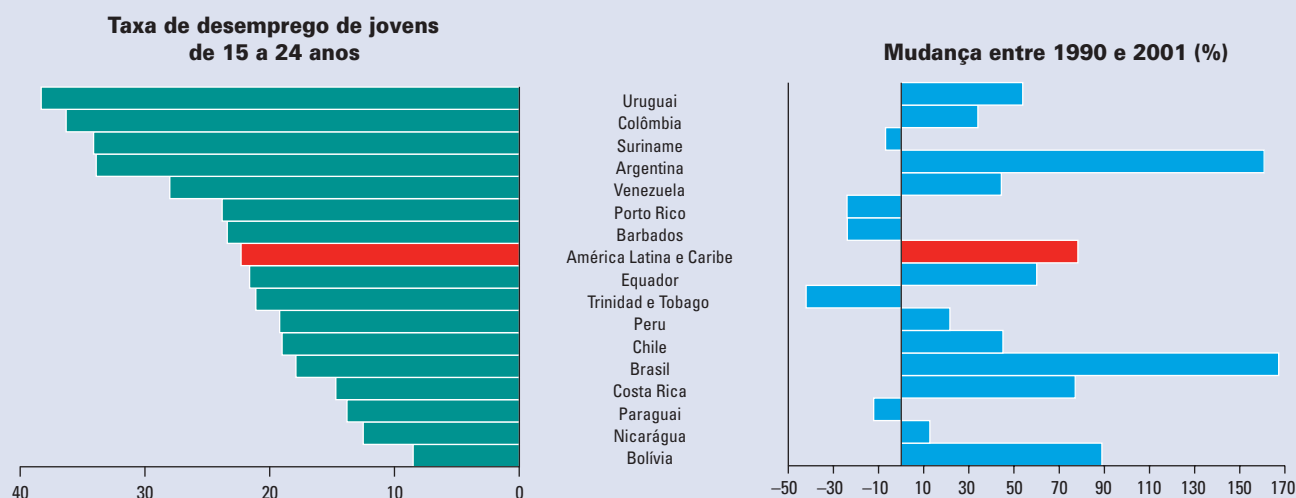
Nota: A ausência de barras para alguns países significa que não houve mudanças.

Fontes: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Objetivos de desarrollo del milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe. Producido em colaboração com a Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Internacional do Trabalho; Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação; Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; Programa de Nações Unidas para o Desenvolvimento; Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente; Organização das Nações Unidas para a Infância; Fundo de População de Nações Unidas; Programa Mundial de Alimentos; Programa das Nações Unidas para os Assentamento Humano; Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher. Santiago de Chile: CEPAL; 2005. Nações Unidas, División de Estadística. Base de dados online. Disponível em: http://millenniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi_goals.aspx? CEPAL, División de Estadística e Projeções Económicas. Base de dados online. Disponível em: <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=1>.

OBJETIVO 8. FOMENTAR UM ASSOCIAÇÃO MUNDIAL PARA O DESENVOLVIMENTO

META: EM COOPERAÇÃO COM OS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO, ELABORAR E APLICAR ESTRATÉGIAS QUE PROPORCIONEM AOS JOVENS UM TRABALHO DIGNO E PRODUTIVO.

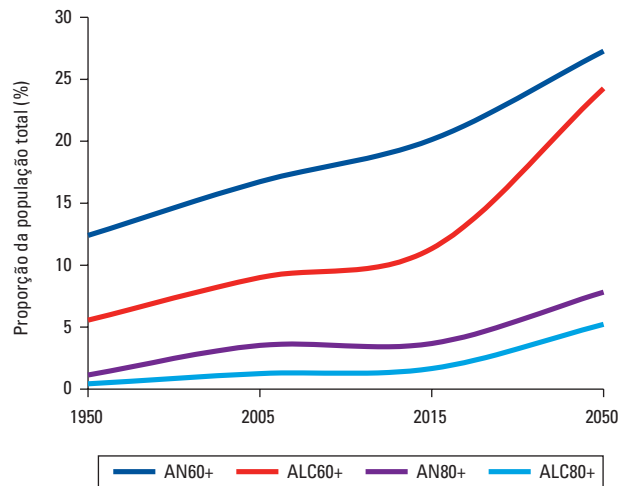
Taxa de desemprego de jovens de 15 a 24 anos ambos os sexos (%), América Latina e Caribe, 2001.



A saúde no centro do desenvolvimento

Os objetivos do Desenvolvimento do Milênio refletem o resultado de décadas de construção de um consenso dentro do sistema das Nações Unidas e de numerosas reuniões mundiais, começando com a conferência Internacional sobre a Assistência Básica de Saúde em 1978, e incluindo a Cúpula Mundial pela Infância em 1990 através da Declaração do Milênio adotada por 189 países em 2000 e as conclusões da Conferência Internacional sobre Financiamento para o Desenvolvimento do Milênio em 2002, a comunidade mundial reconfirmou os acordos alcançados nas cúpulas anteriores das Nações Unidas e os reforçou através de metas com data para 2015. O desafio chave dos ODM não é técnico, mas sim político: nunca antes a comunidade das nações havia acordado uma agenda comum tão específica que convoca os governos, a sociedade civil, o setor privado e as organizações internacionais a dar prioridade à redução da pobreza e ao combate às desigualdades ao acesso a determinantes-chaves do desenvolvimento. A Declaração do Milênio dá um novo sentido de urgência e estipula uma estrutura que transcende a esfera setorial individual; agora, dentro do contexto dos ODM, a educação, a saúde e o ambiente se amálgamam, como um pacote indivisível, como áreas de investimento fundamental para a redução da pobreza e para o desenvolvimento humano. Ao mesmo tempo, dado que três dos oito ODM se referem explicitamente à saúde e todos eles se relacionam de alguma maneira à saúde, a comunidade mundial pôs a manifesto seu reconhecimento coletivo da função crucial da saúde no centro do desenvolvimento econômico e social.

FIGURA 3. Tendências e projeções do envelhecimento na América do Norte, América Latina e Caribe, 1950–2050.



Fonte: United Nations Population Division. World Population Prospects: The 2006 Revision. Nova York, 2007.

aumentará para 20,1% da população total em 2015 e para 27,3% em 2050. Na América Latina e no Caribe o grupo de 60 ou mais anos de idade constituía 5,6% da população em 1950 e aumentou para 9% em 2005; prevê-se que chegará a 11,3% da população total em 2015 e a 24,3% em 2050. A proporção da população total representada pelo grupo de 80 ou mais anos de idade aumentou de 1,1% em 1950 para 3,5% em 2005, na América do Norte (e se prevê que chegará a 3,7% em 2015) e de 0,4% a 1,2% na América Latina e no Caribe (e se prevê que aumentará a 1,7% em 2015). A medida que a população envelhece se reduz a relação entre os adultos em idade produtiva e os idosos e também diminui a possibilidade de financiar assistência aos últimos. (figura 3).

O crescimento econômico, a renda e o emprego. A economia da região experimentou uma série de mudanças de taxas de crescimento de baixas a altas. Depois de um período de crescimento em diminuição e persistentes diminuições da atividade econômica nos anos oitenta, os países começaram a ter um crescimento lento, ao redor de 1,4% ao ano na década de 1990. Entre 2000 e 2003, outra crise provocou uma nova queda no crescimento econômico; no entanto, o crescimento foi retomado em 2004 e chegou a uma média regional de 6%; em 2005 foi de aproximadamente 4% e alcançou um aumento médio de 5,6% em 2006.

Ainda que tenham sido obtidos avanços na redução da pobreza nos últimos anos, em 2005 40,6% da população das Américas (quase 213 milhões de pessoas) continuavam vivendo em situações de pobreza e 16,8% (88 milhões de pessoas) sofria de pobreza extrema. Além do crescimento econômico geral na Re-

gião, a distância entre os países mais ricos e os mais pobres, longe de se reduzir, expandiu-se no fim dos anos setenta e no começo da década de 2000, uma tendência que se prevê que continuará a persistir nas condições atuais.(3).

O desemprego impede a inscrição no sistema de seguridade social e, por conseguinte, limita o acesso à assistência em saúde. O emprego informal e o trabalho infantil complicam a situação. Quanto às mulheres, seu ingresso na força de trabalho remunerada nos últimos 20 anos, ainda que tendo aumentado a renda e o poder aquisitivo das famílias, representou uma carga de trabalho excessivo para muitas delas, já que continuam sendo as principais trabalhadoras domésticas, uma função que, paradoxalmente, é descuidada cada vez mais, no entanto, mesmo quando as mulheres ocupam postos tradicionalmente destinados aos homens, costumam receber uma remuneração menor. Em relação à geração mais jovem, o oitavo Objetivo de Desenvolvimento do Milênio — cujo propósito é criar uma aliança mundial para o desenvolvimento — busca promover o trabalho digno e produtivo para os jovens, cujas taxas de desemprego na América Latina e no Caribe tem piorado desde 1995.

A educação. Na América, o progresso na educação tem sido considerável nos últimos 25 anos, medido segundo a taxa de alfabetização, que tem aumentado de 88% nos anos oitenta em torno de 94% em 2006. Contudo, o progresso educativo não tem sido semelhante em todos os grupos de populações, as mulheres ainda tem taxas de alfabetização inferiores à dos homens; os moradores das zonas rurais apresentam taxas mais baixas que seus homólogos da zona urbana e os pobres estão menos alfabetizados que os ricos. Ainda assim, o acesso à educação está melhorando na América Latina e no Caribe, como indica o aumento das matrículas na educação primária, tanto para os meninos, quanto para as meninas, que aumentou de 86% em 1990 para 95% em 2004.

O meio ambiente. Historicamente, a saúde do homem tem sido influenciada pela interação de diversos fatores determinantes de caráter ambiental, biológico, econômico, social, político e cultural, os quais podem provocar condições de vida pouco satisfatórias, riscos e perigos ambientais, modificações do comportamento e do estilo de vida, em última estância, doenças, incapacidades, e a morte. Um relatório de 2004 da OMS constatou que, das 102 principais doenças, 85 eram em parte causadas pela exposição a riscos ambientais e que os fatores ambientais contribuíram com cerca de um quarto dos anos de vida perdidos em função da incapacitação e um quarto das das mortes relacionadas (4).

Nas Américas, a deterioração socio-econômica, caracterizada pela pobreza, rápida urbanização e fragmentação social, tem contribuído para aumentar as desigualdades e criar ambientes insalubres, que afetam em particular os grupos de população de zonas agrícolas e indígenas. Observam-se outras desigualdades ambientais nas zonas marginais urbanas, onde as condições de

moradia e o acesso à água potável e ao saneamento são deficientes, e as pessoas estão mais expostas a poluição química, ao barulho e à violência. Estas condições estão piorando em alguns países; por exemplo, 60% da população urbana no Haiti tinha acesso a água potável em 1990, entretanto, em 2004, somente 58% contavam com esse acesso. No capítulo 3 analisam-se esses problemas ambientais em detalhe.

Além disso, a violência resultante dos ambientes sociais insalubres nas zonas marginais está cobrando numerosas vítimas. Os registros oficiais revelam que, nos últimos 10 anos, ocorreram entre 110.000 e 120.000 homicídios e entre 55.000 e 58.000 suicídios na Região (5). Nos governos e no setor de saúde de vários países Latino-americanos cresce a preocupação com a violência juvenil que leva à formação de quadrilhas que realizam operações transnacionais como sequestros, tráfico de seres humanos, e contrabando de armas e drogas.

O crescimento urbano gera mais necessidades de transporte, o que, por sua vez, leva a mais riscos de lesões e a uma maior poluição do ar. Estima-se que, a cada ano, 130.000 pessoas morram e outras 1,2 milhões sofram lesões e cem em cada mil sofram incapacitações em consequência a traumatismos ligados a acidentes de transporte terrestre nas Américas. Os países de baixa renda da América Latina são os mais afetados devido ao uso de veículos com manutenção deficiente, a ampla gama de usuários das vias públicas (pedestres, ciclistas e motociclistas), a menor educação em relação a segurança e a falta de regulamentações adequadas (capítulo 3).

A poluição atmosférica urbana, intensificada pela rápida urbanização e industrialização e o aumento correspondente do emprego de combustíveis fósseis e das emissões de dióxido de carbono, também afetam a saúde humana e se tem assinalado que contribuem para a mudança climática e o aquecimento global. O relatório de 2001 do grupo Intergovernamental de Especialistas sobre Mudança Climática (IPCC) informou que, no transcorrer do século XX, a temperatura mundial havia aumentado de 0,2 a 0,6 °C e que o nível do mar havia subido entre 10 e 20 cm. O IPCC prevê um aquecimento global de 1,4 a 5,8 °C para 2100. Como resultado, junto com outras regiões do mundo, as Américas sofrerão períodos de precipitação intensa, furacões e inundações que perturbarão gravemente a saúde e bem-estar das pessoas. Quatro países das Américas estão entre os maiores emissores de dióxido de carbono no mundo: os Estados Unidos, Canadá, Brasil e México (6). No relatório de 2007 o IPCC confirmou que a atividade do homem está aquecendo o planeta com um ritmo em potencial desastroso e irreversível.(7).

A globalização. A crescente conexão, integração e interdependência do mundo no âmbito econômico, social, tecnológico, cultural, político e ecológico — processo geralmente chamado de “globalização” — é um dos maiores desafios enfrentados pelo setor da saúde. As mudanças estruturais, econômicas e sociais

“Persiste em nossas sociedades um alto grau de estigma e discriminação contra todos que não fazem parte do enfoque hegemônico padrão. Se a isto se soma principalmente, a falta de uma participação política verdadeira que inclua os povos indígenas dentro das propostas de desenvolvimento de cada país, a situação se mostra realmente insustentável. A negociação permanente dos direitos fundamentais tem conduzido à marginalização da população indígena, que se traduz em índices alarmantes de pobreza, falta de terra e territórios, baixos salários, desemprego acentuado, altos índices de analfabetismo, especialmente feminino, abandono escolar e um perfil epidemiológico com uma carga alta de doenças, incapacidades e morte prematura, onde predominam as causas que podem ser prevenidas. As comunidades, regiões e municípios com maior porcentagem de população indígena são os que estão mais afastados dos indicadores estabelecidos nas metas dos objetivos da Declaração do Milênio.”

Mirta Roses, 2006

impõem condições de competição e aumentam o risco de crises econômicas. Os países, as instituições e os indivíduos têm que se adaptar a estas mudanças para assegurar seu lugar no cenário local e mundial. Ao mesmo tempo, a globalização cria oportunidades que transcendem as fronteiras nacionais. Nas Américas, este fenômeno tem dado como resultado a conexão e a colaboração entre os países, como demonstram as diversas cúpulas internacionais para melhorar a situação da população em todo o hemisfério e a formação de blocos econômicos sub-regionais (capítulo 1).

A ciência e a tecnologia. Os avanços científicos e tecnológicos, a industrialização, o desenvolvimento socio-econômico, a maior comunicação, e a melhor higiene e ingestão alimentar têm contribuído para prolongar a expectativa de vida e reduzir as taxas de mortalidade em todo o mundo. Nos últimos 50 anos, muitos avanços tecnológicos têm levado a novas possibilidades terapêuticas e de diagnóstico na medicina, como as tecnologias da imagiologia, as próteses internas e externas, a tecnologia do laser e os bio-sensores. A investigação sobre vacinas contra a hepatite b e contra a *Haemophilus influenzae* tipo b, assim como o desenvolvimento em curso de vacinas contra o cólera, a malária, a tuberculose, e a infecção pelo HIV/AIDS. Cada vez mais dispomos de tecnologias avançadas, como a engenharia genética, a microcirurgia, e os medicamentos preparados caso a caso. Como resultado do progresso da tecnologia do ADN, foram elaborados exames de diagnóstico específicos e muito sensíveis para serem

usados em campo nos países tropicais, o que permite uma vigilância mais precisa e o acompanhamento de microorganismos e doenças. Estão sendo criados animais transgênicos para produzir fármacos, hormônios e outras substâncias úteis para a indústria farmacêutica; têm-se criado porcos transgênicos que serão usados como fonte de órgãos e tecidos para transplantes, se bem que isto gera preocupações sobre as possíveis transmissões de vírus e outros agentes patogênicos aos seres humanos. A introdução de técnicas de manipulação de genes também tem levado a maiores rendimentos das culturas e à melhor qualidade dos alimentos ao proporcionar resistência às pragas e doenças; no entanto, a preocupação pela possibilidade de que os organismos geneticamente manipulados na natureza possam alterar os ecossistemas nativos ou mesmo prejudicar a saúde das pessoas, tem levado à demandas de normas éticas para a genômica, para a clonagem e para a engenharia genética.

Os sistemas regionais de informação sanitária têm melhorado consideravelmente nos últimos anos. Se bem que a ampla coleta de informações sobre as doenças prioritárias em distintos setores geográficos, demográficos e sociais da comunidade ainda é difícil também nos países desenvolvidos, os avanços mediante dispositivos virtuais, como os sistemas de informação geográfica e os métodos de trabalho em colaboração reduzem o custo e melhoram a qualidade das informações sobre a saúde.

Atualmente, as comunidades científicas e de saúde pública enfrentam o desafio de levar os benefícios da ciência e da tecnologia à maior quantidade possível de pessoas com o objetivo de melhorar a qualidade de suas vidas. Neste momento, a América Latina e o Caribe estão atrasados com relação aos países mais desenvolvidos, e quanto ao número de programas científicos e tecnológicos. A produtividade da pesquisa na Região, contudo, ainda é baixa em comparação com os países desenvolvidos, como demonstrado pelo fato de que somente 3% dos 1,1 milhões de trabalhos científicos incluídos no MEDLINE no período 2000–2003 eram de pesquisadores Latino-americanos ou do Caribe (8).

Uma das principais restrições para o avanço da ciência e da tecnologia tem sido a escassa alocação de recursos. As dotações para pesquisa e desenvolvimento na América Latina e no Caribe representavam 0,5% do PIB em 1990 e 0,6% em 2002, enquanto que nos Estados Unidos somaram 2,6%, porcentagem que permaneceu constante durante todo o período 1990–2002. Além disso, a América Latina e o Caribe têm 0,7 pesquisadores para cada 1.000 habitantes, em comparação com o ponto de referência internacional de 6 a 10 pesquisadores por 1.000 habitantes (9).

ABORDAR A AGENDA INCONCLUSA

Passaram-se quase 30 anos desde a assinatura da Declaração de Alma-Ata na Conferência Internacional sobre a Assistência Básica de Saúde (Alma-Ata, Kazajstão, setembro de 1978) e nas

Américas avançou-se muito no programa que se estabeleceu (para mais detalhes a respeito, veja a sessão apresentada mais adiante “Proteger os avanços em saúde”). Os países da Região converteram as políticas e programas de assistência básica em um elemento básico de seus sistemas nacionais de saúde com o propósito de alcançar a meta de saúde para todos. A quantidade de pessoas que vivem em situação de pobreza extrema (com uma receita inferior a um dólar por dia) diminuiu em três milhões entre 1990 e 2005. A Região está próxima a alcançar a educação primária universal, ao redor de 97% das crianças completam a escola primária — inclusive quando os meios regionais ocultam a situação em países que estão atrasados. A taxa de analfabetismo dos jovens caiu 12% em 30 anos e, em média, a expectativa de vida é quase 20 anos maior do que era há 50 anos. (10).

No entanto, o trabalho de realização da agenda de assistência básica de saúde continuava inconcluso no começo do novo milênio: em alguns países e em muitas zonas dentro de um mesmo país persistiram as doenças e os transtornos que não permitem alcançar a saúde para todos. Apesar da disponibilidade de soluções eficazes em função de seu custo e de intervenções simples, existe uma estrutura de desigualdade na qual uma “tirania dos meios”, é dizer, a referência excessiva a um valor médio, oculta a presença contínua de problemas prioritários de saúde. Em muitos países e em zonas dentro de um mesmo país, a “agenda inconclusa” significa que persistem problemas resolvidos em outras partes, como:

- Pobreza extrema e fome
- Mortalidade elevada em crianças menores de 5 anos
- Falta de melhoria na saúde materna
- Prevenção e controle da infecção pelo HIV/AIDS, tuberculose e malária inadequados
- Acesso limitado aos medicamentos essenciais
- Acesso insuficiente ao abastecimento de água e ao saneamento
- Barreiras que impedem melhorar a saúde dos povos indígenas
- Doenças sem cuidados em populações desassistidas

Abordar as desigualdades. Os benefícios dos avanços nos indicadores sociais e de saúde da Região não chegou a todos os grupos e populações por igual, o que provoca desigualdades injustas na morbidade, na mortalidade e no acesso aos serviços de saúde. A renda, a etnia, e a educação continuam sendo importantes. Em muitos dos países persistem de maneira inaceitável e desnecessária condições de saúde deficientes. A má saúde se traduz em aflição, dor, atraso de crescimento econômico e fracasso dos esforços para reduzir a pobreza. Os mais infectados são as crianças dos países de baixa renda, as mulheres, os povos indígenas, os habitantes sem educação das zonas rurais, os trabalhadores migratórios, os trabalhadores do sexo, as crianças de rua e os idosos. Também influe a geografia: por exemplo, as taxas de mor-

talidade na América Central e nos países latinos do Caribe em 2005 se aproximam à média regional do início dos anos oitenta. No âmbito da saúde, essas desigualdades se manifestam como grandes desigualdades no estado da saúde, no acesso diferenciado aos serviços e na desproporcionada exposição a riscos de saúde: o abastecimento de água e o saneamento pouco seguros, a desnutrição, a contaminação e a exposição à ameaças climáticas e geográficas.

Nas Américas, as desigualdades em saúde são amplas e profundas, como demonstram numerosos exemplos, entre eles:

- A maior proporção de mortalidade materna ocorre nos países mais pobres da América Latina e do Caribe.
- A expectativa de vida ao nascer varia de um mínimo de 68,8 anos na América Central a um máximo de 77,9 anos na América do Norte (2005).
- As diferenças quanto à expectativa de vida entre os países são ainda mais notáveis, em particular a diferença entre os mais ricos e os mais pobres, que aumentou para quase 20 anos.
- Ainda que as mulheres tenham, em média, uma expectativa de vida ao nascer seis anos superior à dos homens, a situação social de muitas mulheres coloca em risco a qualidade de suas vidas.
- A distribuição diferenciada de ameaças à saúde recentemente emergentes e seus fatores de risco exacerbaram ainda mais as desigualdades em saúde nos países.
- Uns 218 milhões de pessoas não contam com proteção contra o risco de doenças porque carecem de cobertura de saúde da seguridade social e 100 milhões não tem acesso aos serviços de saúde devido a sua localização geográfica, barreiras econômicas ou à ausência de centros de saúde próximos de seus lares ou locais de trabalho.

A situação das mulheres. Uma das principais restrições para completar a agenda da assistência básica de saúde é a situação das mulheres. Ainda que as mulheres representem mais de dois quintos da força de trabalho na América Latina e no Caribe, seu progresso econômico é reduzido porque elas têm dificuldades para obter trabalhos remunerados, ganharem menos, não tendo acesso a algumas ocupações e sua participação no setor informal é desproporcionadamente maior. Por conseguinte, apesar do compromisso da comunidade internacional com a igualdade entre os sexos, as vidas de milhões de mulheres e moças de toda a região são afetadas pela discriminação, pela falta de autonomia, pela pobreza e pela violência. O sucesso do terceiro ODM — promover a igualdade entre os sexos e a autonomia da mulher — produzirá o “dividendo duplo” de melhorar as vidas tanto das mulheres como das crianças (11).

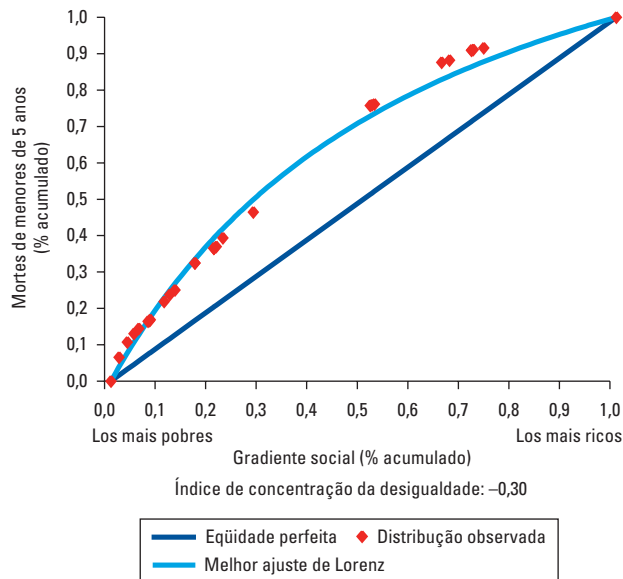
A situação dos grupos étnicos. Nas Américas de hoje, entre 45 e 50 milhões de pessoas pertencem a mais de 400 grupos étnicos

únicos, quantidade que representa em torno de 7% da população da Região, 40% da população rural de América Latina e do Caribe e mais de 40% da população total no Peru, Guatemala, Bolívia e Equador. A incidência da pobreza é mais alta nos grupos indígenas das Américas, que apresentam taxas mais elevadas de analfabetismo e desemprego e têm menos acesso aos serviços de assistência em saúde, como a vacinação contra doenças imuno-preveníveis. Sofrem taxas desproporcionadas de mortalidade materna e infantil, desnutrição e enfermidades infecciosas (12). “No México, se estima que haja 96,3 médicos por 100.000 pessoas a nível nacional, mas somente 13,8 por 100.000 em zonas onde os indígenas constituem 40% ou mais da população” (13). Um dos principais problemas dos povos indígenas é a falta de documentos oficiais. Em todos os países, o registro de nascimento é importante porque dá ao indivíduo uma identidade oficial como membro da sociedade e pode ser necessário para ter acesso aos serviços mais tarde em sua vida. A América Latina e o Caribe têm algumas das taxas mais altas de registro de nascimento no mundo em desenvolvimento: 92% nas zonas urbanas e 80% nas rurais. Todavia, é menos provável que as crianças indígenas sejam registradas ao nascer: “na região amazônica do Equador, somente 21% das crianças menores de 5 anos têm certidão de nascimento, em comparação com a média nacional de 89% ... [e] mais de 85% dos bolivianos que vivem em comunidades indígenas rurais carecem de um documento oficial que lhes permita herdar terras, matricular seus filhos na escola ou votar” (14).

A saúde dos lactantes e das crianças. Apesar das consideráveis melhorias na sobrevivência das crianças nas Américas desde que se colocou em curso a iniciativa “Saúde para todos” em 1978, persistiu sem mudanças uma profunda desigualdade no êxito desta meta. A distribuição do risco de morrer antes dos 5 anos de idade, refletida pelas taxas de mortalidade infantil, na população das Américas — classificada desde a mais pobre até a mais rica segundo o produto nacional bruto per cápita (o poder aquisitivo ajustado segundo a paridade) — revela um índice de concentração da desigualdade de -0,3, o que significa que o 20% (quintil) mais pobre da população da Região concentra quase 40% da quantidade total dos óbitos infantis, enquanto que nos 20% mais ricos se produzem somente 8% dos óbitos (figura 4).

A Região das Américas alcançou um enorme progresso na redução das taxas de mortalidade de lactantes e crianças. Apesar do sucesso na redução da mortalidade nos menores, continuam existindo diferenças na mortalidade infantil tanto entre os países como em zonas de um mesmo país. Nas nações com taxas altas de mortalidade infantil (por exemplo, Bolívia, Peru, Guatemala e Brasil) e também em outras com taxas relativamente baixas (por exemplo, Colômbia e Belize), persistem consideráveis desigualdades internas. Três dos diversos fatores críticos determinantes das desigualdades de saúde nos lactantes e nas crianças são o grupo étnico, a localização geográfica e a educação. Na Bolívia, Equador, Guatemala, México e Panamá, que obtiveram infor-

FIGURA 4. Desigualdades no sobrevivência infantil: curva de concentração e taxa de mortalidade em menores de 5 anos nas Américas, cerca de 2005.



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde. Situação da saúde nas Américas. Indicadores Básicos 2006.

mações sobre o grupo étnico e a zona de residência das mães (ou seja, urbana ou rural), as taxas de mortalidade de lactantes são sistematicamente mais altas nas populações indígenas rurais que em seus homólogos urbanos (veja o capítulo 2). Igualmente, uma análise das desigualdades da mortalidade das crianças menores de 5 anos em relação à educação materna na Bolívia, Brasil, Colômbia, Guatemala, Haiti, Peru e na República Dominicana, indica que a taxa de mortalidade infantil e o nível educacional da mãe guardam uma relação inversa; além disso, a mesma análise revela que, ainda que a taxa geral de mortalidade tenha sido reduzida consideravelmente entre o final dos anos oitenta e os primeiros anos do século XXI, praticamente não se modificaram as dimensões das diferenças na mortalidade entre os setores de escolaridade (15).

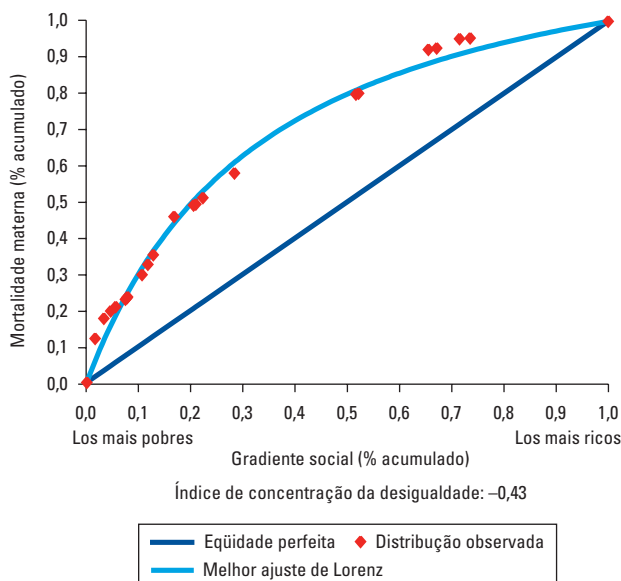
Quais são as restrições que devem ser superadas para alcançar o quarto ODM, a saber, reduzir em dois terços a mortalidade infantil? Entre elas, as principais são a falta de água potável, a exposição a mosquitos que transmitem doenças, a falta de imunização e a desnutrição. A grande maioria das mortes infantis poderia ser evitada com as medidas comprovadas da revolução da sobrevivência infantil: a lactância materna, a vacinação contra as principais doenças da infância, as fontes de água potável, a terapia de reidratação oral e os mosquiteiros para prevenir a malária. De feito, conta-se com as intervenções necessárias para prevenir e contra-atacar as causas de mortes de crianças, que poderiam

levar à redução de dois terços da mortalidade infantil, “mas não são fornecidas às mães e às crianças que as necessitam” (16).

As crianças que correm um maior risco são as dos países mais pobres e das comunidades mais marginalizadas dentro dos países, são discriminados por causa do sexo, da raça ou da etnia, os afetados pela infecção pelo HIV/AIDS, os que necessitam de uma nutrição adequada, os órfãos (muitos deles por causa da AIDS) que terminam sendo responsáveis por si mesmos e por seus irmãos menores, os que sofrem violência, maus tratos ou exploração, os que têm que trabalhar para ganhar a vida e, em geral, os que necessitam de acesso a bens e serviços essenciais. Por exemplo, na América Latina e no Caribe, em 2003 6,2% dos menores de 18 anos eram órfãos e, durante o período 1999–2004, 8% das meninas e 11% dos meninos do grupo de 5 a 14 anos de idade participavam de trabalho infantil. A persistência das desigualdades em saúde é confirmada também pela classificação dos transtornos pré-natais e a desnutrição entre as 10 principais causas da morte em vários países Latino-americanos e nas zonas dentro de outros países, feito que reflete a elevada proporção de mortes infantis, já que a maioria ocorre nos primeiros anos de vida.

A saúde materna. Muitos especialistas em saúde pública consideram que, além da expectativa de vida, a situação da saúde em um país pode ser determinada como melhor pelo marcador da sobrevivência materna: “se a taxa de mortalidade materna diminui, pode-se supor que os outros problemas de saúde da população também estão melhorando; pelo contrário, quando a mortalidade materna permanece sem mudanças, outaas tentativas de melhorar a saúde da população terão, de fato, muito poucos efeitos sobre o bem-estar da população” (17). Cada ano, mais de 22.000 mulheres da América Latina e do Caribe morrem por complicações na gestação e no parto. A maioria dessas mortes poderia ser evitada caso contassem com intervenções apropriadas durante a gestação, o parto, e o período pós-natal (18). Além disso, a mortalidade materna tem se reduzido consideravelmente na Região e nos últimos decênios, em cinco países a taxa de mortalidade materna supera a taxa registrada há 60 anos nos Estados Unidos. As Américas ainda tinham uma taxa de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos em 2006 e, se considerarmos unicamente a América Latina e o Caribe, a taxa se eleva para 91,1; no Haiti se registrou a mais elevada, 523 mortes por 100.000 nascidos vivos, e no Chile a mais baixa, com 17,3 mortes (1). A figura 5 mostra a magnitude da desigualdade da mortalidade materna nas Américas: os 20% mais pobres da população da Região concentram 50% das mortes maternas, enquanto que ao quintil mais rico correspondem somente 5% dessas mortes (índice de concentração da desigualdade = -0,43). A gravidez em adolescentes, em sua maioria não planejadas, chegam a 20% do total das gestações em muitos países, situação que evidentemente implica em desafios para essas futuras mães e seus filhos.

FIGURA 5. Desigualdades na saúde materna: curva de concentração e índice da mortalidade materna nas Américas, cerca de 2005.



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde. Situação da saúde nas Américas. Indicadores Básicos 2006.

Como se expressa no quinto ODM, a comunidade mundial se comprometeu em reduzir em três quartos a mortalidade materna. Com esse propósito, a Estratégia Regional para a Redução da Mortalidade e da Morbidade Maternas nas Américas se baseia em firmes convicções:

... a morte materna é evitável; sabe-se que intervenções são eficazes, e que o investimento na maternidade sem risco não só reduzirá a mortalidade e a deficiência materno-infantil, mas também contribuirá para uma melhor saúde, qualidade de vida e equidade para as mulheres, suas famílias e as comunidades. As intervenções de maternidade sem risco figuram entre as mais eficazes em função dos custos do setor, em particular em assistência básica (19).

As persistentes desigualdades no acesso aos serviços e recursos de saúde são fatores que influem na sobrevivência materna e infantil nas Américas (figura 6). Indicadores essenciais de saúde, como a disponibilidade de médicos por habitantes, a proporção de partos assistidos por pessoas qualificadas, a prevalência do baixo peso ao nascer e o gasto público em saúde como proporção do produto interno bruto estão distribuídos de forma desigual nos quintis de renda da população da Região, onde os mais desfavorecidos desde o ponto de vista sócio-econômico correm riscos desproporcionalmente mais altos. No entanto, é necessário

assinalar que, nas Américas, a porcentagem de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado é maior que no resto do mundo: em 2004, sete de cada oito partos nas Américas foram assistidos por pessoal de saúde qualificado.

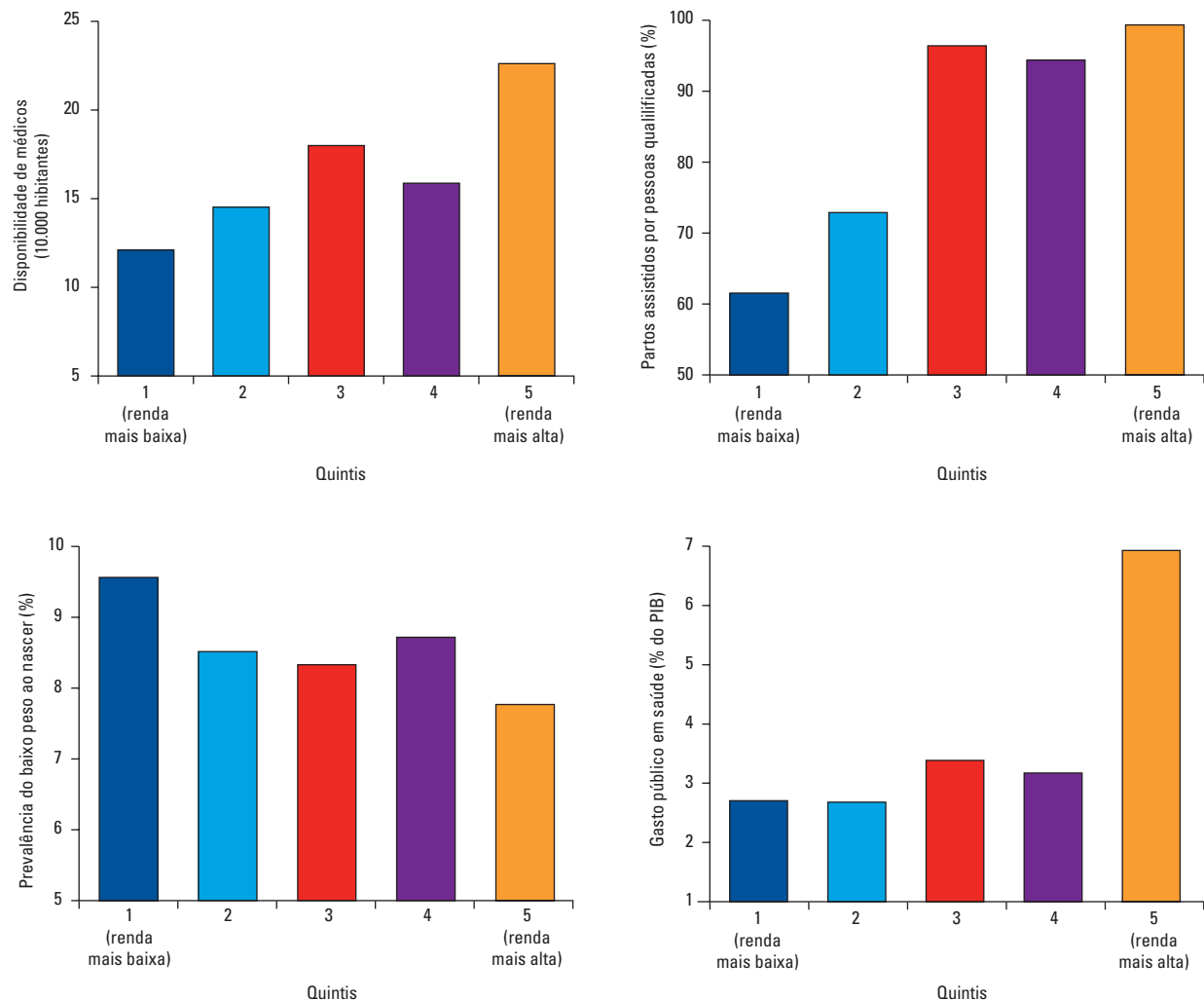
A nutrição. Um indicador importante do estado nutricional de um país é a proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer, ou seja, com um peso inferior a 2.500 gramas. O peso ao nascer depende em grande medida do estado de nutrição da mãe durante a gestação e antes da concepção. Nesse sentido, o peso ao nascer também se converte em um indicador indireto para avaliar a nutrição materna e, até certo ponto, para prognosticar o futuro desenvolvimento da criança.

Das duas formas de deficiência do crescimento da criança, a de tamanho e a de peso, a deficiência de tamanho, o atraso do crescimento, é de três a seis vezes mais freqüente na América Latina e no Caribe. Como a insuficiência de peso pode ser revertida, enquanto que o atraso no crescimento é permanente, as crianças que sofrem este atraso correm o risco de terem sobrepeso, o que as expõe a um risco maior de sofrer de doenças crônicas na idade adulta. O atraso do crescimento pode se manifestar nos dois primeiros anos de vida e esse período é o mais oportuno para prevenir o atraso mediante uma nutrição adequada. Em geral, os dados sobre as tendências mostram uma queda muito lenta da prevalência do atraso do crescimento. O Brasil é o país com a redução mais considerável, 60% em 10 anos, seguido da Colômbia e da República Dominicana, com reduções um pouco superiores a 40% em um período aproximadamente similar. Contudo, preocupa que, em 2000, sofriam de atraso de crescimento uma em cada duas crianças na Guatemala e uma em cada três na Bolívia, em Honduras e no Peru (capítulo 2).

A prevenção e o controle de doenças endêmicas locais. Apesar de uma redução em sua incidência, a **malária**, uma doença evitável, continua constituindo um importante problema de saúde pública. Mais de um milhão de pessoas — na sua maioria crianças menores de 5 anos — morrem a cada ano por essa doença que nas Américas é a causa de 0,4% das mortes de crianças menores de 5 anos (20). Contudo, ocorre a transmissão da malária em 21 países das Américas e se estima que 250 milhões de pessoas vivam em zonas onde existe o risco de transmissão, 40 milhões das quais residem em zonas de risco moderado e alto. Anualmente são notificados cerca de um milhão de casos, três quartos dos quais causados pelo parasita principal, *Plasmodium vivax* (21).

Nos últimos anos, aumentaram os casos de **dengue**, que subiram de quase 400.000 em 1984 para mais de 430.000 em 2005 (1). Transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, a dengue se propaga em zonas com saneamento deficiente e precipitação elevada; não existe nenhuma vacina nem cura para a doença e a melhor medida para evitá-la é manter as casas livres de lugares de criação do mosquito. Em janeiro de 2007, o Paraguai declarou alerta epidemiológico quando começaram a surgir casos novos de den-

FIGURA 6. Desigualdades nos serviços e recursos de saúde e o acesso a eles, por quintis de renda nas América, cerca de 2005.



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde. Situação da saúde nas Américas. Indicadores Básicos 2006.

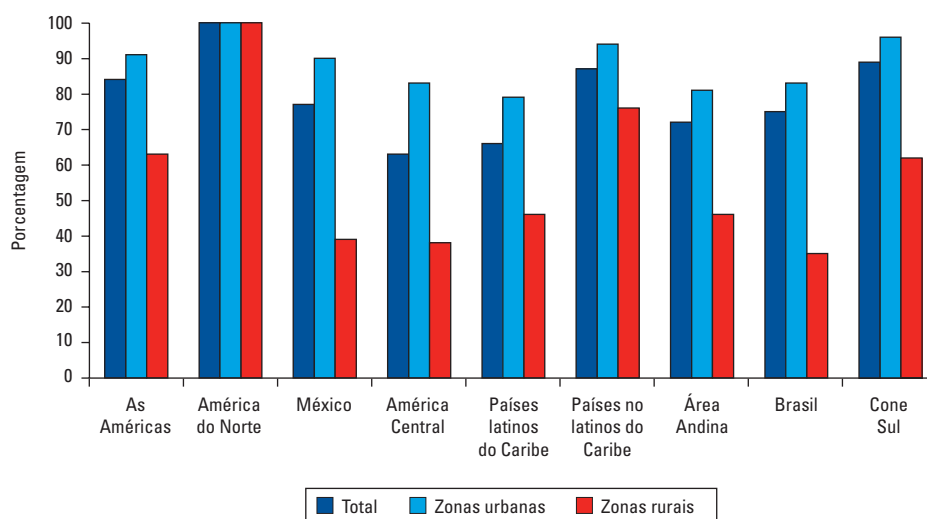
gue; no começo de fevereiro, haviam sido notificados cerca de 9.000 casos de dengue, incluindo 40 casos de dengue hemorrágica, que levaram à declaração de uma emergência nacional. Como resultado, as autoridades sanitárias do Paraguai, Argentina, Brasil e Bolívia intensificaram a prevenção nas zonas de fronteira, aumentando as medidas de vigilância e controle.

Uma prioridade permanente de saúde em todas as Américas, a **tuberculose** afeta mais de 350.000 pessoas e a cada ano mata 50.000. A taxa de morbidade por tuberculose na região era de 26,8 por 100.000 em 2004 e nos países latinos do Caribe e da Área Andina se relataram taxas de até 61,5 e 55,5 por 100.000, respectivamente. Esta situação é agravada pela co-infecção de tu-

berculose e de HIV e pela resistência da tuberculose a tratamentos multi-medicamentosos, o que dificulta as tentativas de controlar a doença em toda a Região.

As assim chamadas **doenças tropicais descuidadas**, que podem causar dor aguda, desfiguração e incapacidade, variam quanto a sua distribuição, porém estão diretamente vinculadas à pobreza, à desnutrição, à falta de educação e ao desemprego. Representam uma carga sustancial para os 568 milhões de pessoas que vivem na América Latina e no Caribe, onde se estima que atualmente estão infectadas as seguintes quantidades de pessoas (quando procede, indica-se a porcentagem da população total em 2005):

FIGURA 7. Proporção das populações total, urbana e rural que usam serviços melhorados de saneamento, Região das Américas, principais sub-regiões e países selecionados, 2002.



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde. Situação da saúde nas Américas. Indicadores Básicos 2006.

Doença de Chagas: 18 milhões (3,2%)

Tricuriose: 99 milhões (17,6%)

Ascariase: 82 milhões (14,6%)

Esquistossomiase: 3 milhões de casos no Brasil (1,6% da população total do país)

Hanseníase: 86.652 casos

Anquilostomiase: 34 milhões (6%)

Leishmaniose: 60.000 casos de forma cutânea da doença foram notificados no Brasil em 2003 e, em 2004, foram comunicados 3.500 casos da forma visceral

Oncocercose: no total, 63 casos novos notificados em 2004 na Colômbia, Equador, México e Guatemala (0,3%)

Filariase linfática: 720.000 casos, principalmente no Haiti (8,4% da população total do país)

Tra coma: dos 150.000 casos examinados no Brasil em 2004, 10.000 foram positivos

A ausência de procedimentos ordinários de vigilância epidemiológica e de coleta de dados sobre as doenças descuidadas em quase todos os países da América Latina e do Caribe fazem com que seja muito difícil estimar com precisão a carga de morbidade, exceto no caso da Hanseníase (22).

Água potável e saneamento básico. A disponibilidade de água potável tem melhorado nas Américas desde 1990, porém essa melhoria não tem avançado de maneira uniforme em toda a Região. Para 2002, 93% da população das Américas usava melhores fontes de água potável, enquanto que a cobertura do abaste-

cimento na América do Norte (os Estados Unidos e Canadá) era de 100%, na América Central, de 83% e, nesta sub-região, a proporção da população que usava melhores fontes de água potável na Guatemala era somente de 75%. As diferenças são maiores entre as populações das zonas urbanas e das rurais. No Brasil, por exemplo, a proporção da população urbana que usa fontes melhoradas de água potável chega a 96%, enquanto que somente 58% da população das zonas rurais tem abastecimento de água potável. Os serviços básicos de saneamento chegam a uma proporção ainda menor da população da Região, 84%, e, além de marcadas diferenças entre as zonas urbanas e rurais, a cobertura total (zonas urbanas e rurais) na América Central e nos países latinos do Caribe é muito mais baixa em comparação com outras sub-regiões, de 63% e 66%, respectivamente (figura 7). A situação é crítica nas zonas rurais de alguns países, como Guatemala, Belize, Haiti e Bolívia, onde a cobertura dos serviços de saneamento nas zonas rurais varia entre 17% e 23%. No capítulo 3 se descreve a relação entre a cobertura do abastecimento de água e de serviços de saneamento e os índices de saúde e desenvolvimento humano. Entre outros exemplos dessa relação podemos mencionar que a taxa de mortalidade infantil por doenças diarreicas na Região foi de 3,7% e chegou a 7,8% na sub-região andina em 2000–2005.

Em síntese, ainda que estejam em marcha grandes avanços na ciência e na tecnologia, nem toda a humanidade se beneficia com eles. Ainda existe um hiato entre as taxas previstas (para 2015) e as reais (em 2005) da redução da mortalidade infantil e dentro de cada país há outros hiatos nas taxas. Ainda que o progresso

“A hipertensão é uma doença silenciosa porém muito perigosa, que afeta mais de 140 milhões de homens e mulheres de todas as origens étnicas da Região das Américas.”

Mirta Roses, 2003

tenha sido extraordinário — erradicaram-se ou eliminaram-se doenças e fortaleceu-se a infraestrutura de saúde pública — não foi uniforme. Em alguns países, uma proporção considerável da população vive em distritos onde a cobertura da imunização continua sendo inferior a 95%. Ainda ocorrem surtos esporádicos de difteria e coqueluche devido a um acúmulo de crianças vulneráveis ignoradas pelos programas ordinários de vacinação. Este acúmulo também expõe os países ao risco de grandes surtos de sarampo quando ocorre a importação do vírus do sarampo, como ocorreu recentemente na Venezuela (2001–2002), na Colômbia (2002) e no México (2003–2004). Ainda que se tenha avançado em direção à realização da meta de saúde para todos, a agenda continua inconclusa.

PROTEGER OS AVANÇOS EM SAÚDE

As melhorias na saúde humana nas Américas durante mais de um século e meio foram profundas, extensas e sem precedentes:

Depois de 1840, a tendência ascendente da longevidade prosseguiu com uma taxa surpreendentemente sustentada e uniforme de aumento de 2,5 anos por decênio durante os 160 anos seguintes. . . Mesmo quando a expectativa de vida nos países de renda alta supera a das regiões em desenvolvimento, é notável a convergência. Em 1910, por exemplo, um menino nascido nos Estados Unidos podia esperar viver 49 anos, porém, se tivesse nascido no Chile, sua expectativa de vida teria sido somente de 29 anos. Em contraste, no final dos anos noventa, a expectativa de vida dos norte-americanos havia chegado a 73 anos e a dos chilenos, aos 72 anos (23).

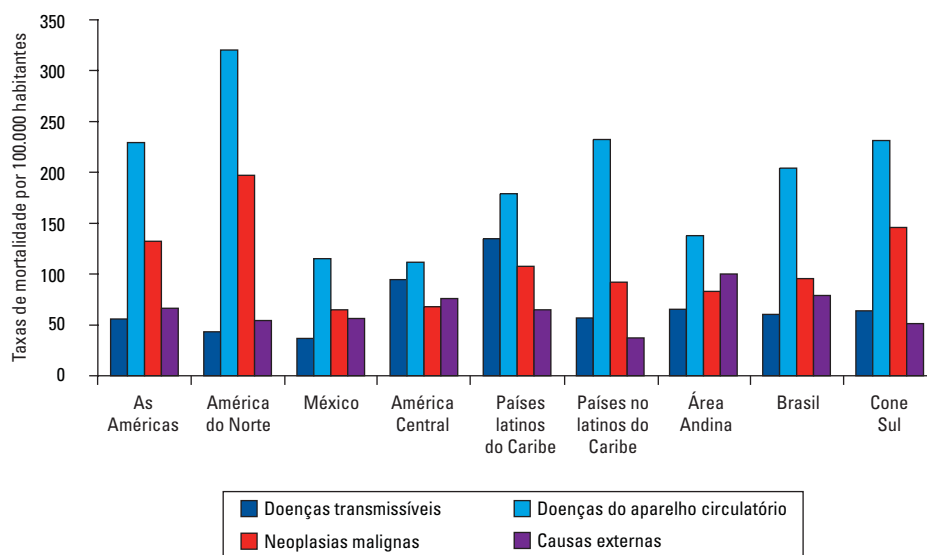
Os avanços continuaram depois dos anos noventa. A mortalidade dos lactantes e das crianças reduziu consideravelmente: a mortalidade dos menores de 5 anos diminuiu de 54 por 1.000 nascidos vivos em 1990 para 25 por 1.000 em 2005, uma redução de 54%. A taxa de mortalidade de lactantes baixou de 42 para 19 por 1.000 nascidos vivos (entre 2001 e 2005, segundo o país). Doenças que antes podiam acabar com populações inteiras e deixar os sobreviventes desfigurados e inválidos, como a varíola, a poliomielite, o sarampo e a tuberculose já não causam esses efeitos. A expectativa de vida se prolongou de 56 anos em 1960 para quase 75 anos em 2006.

Estes avanços podem ser atribuídos a um grande número de variáveis, entre elas as mudanças demográficas; a maior produtividade econômica; a urbanização com um maior acesso aos serviços de saúde; o aumento do abastecimento de alimentos; os avanços nas ciências médicas; mais e melhores serviços de saneamento; o fortalecimento das instituições, em especial o progresso técnico na aplicação de tratamentos simples como a terapia de reidratação oral; a assistência preventiva, como uma melhor higiene e a vacinação; os métodos inovadores de tratamento de algumas doenças transmissíveis, como a estratégia do tratamento breve sob observação direta (DOTS); inovações institucionais e administrativas nos serviços de saúde pública; a capacitação e a vigilância epidemiológica; mais financiamento das intervenções de saúde; a seguridade social; maior produtividade agrícola; infra-estrutura e educação, e mudanças sociais tais como as melhorias na situação das mulheres. A medida que os países aproveitaram os avanços técnicos, experimentaram um progresso proporcional na saúde.

Certamente, uma das principais razões das extraordinárias melhorias na sobrevivência infantil nas Américas é o êxito dos programas nacionais de imunização (para uma análise em profundidade da situação das doenças imuno-previsíveis, veja o capítulo 2). De todas as regiões do mundo, as Américas foram a primeira a erradicar a varíola e a poliomielite e a eliminar o sarampo e o tétano neonatal ao conseguir elevadas taxas de cobertura de imunização. Graças a estes esforços, os povos das Américas vivem agora livres da poliomielite e do sarampo nativos; o tétano neonatal, a difteria e a coqueluche foram controladas adequadamente; aumentou consideravelmente a cobertura de proteção contra a rubéola e novas vacinas foram agregadas aos programas nacionais de imunização e sua aplicação tem sido sustentada. Os esforços dos países em reduzir a mortalidade de crianças e lactantes permitiram evitar as mortes de milhões de crianças. O objetivo é agora manter os êxitos da imunização e chegar às pessoas que não foram beneficiadas com as vacinas existentes e com as novas.

Com o objetivo de proteger o progresso obtido, os países terão que persistir em seus esforços para ampliar as taxas de cobertura de seus programas nacionais de imunização. Os avanços em saúde não são necessariamente acumulativos nem permanentes e é preciso manusear e manter os fatores que os sustentam. Por outro modo, o progresso alcançado em saúde pode parar e, inclusive, reverter-se. Em alguns países ocorreram surtos de doenças imunopreveníveis devido à reduzida cobertura da imunização. As crises econômicas podem provocar desnutrição na população em geral. Além disso, o progresso sustentado em saúde pode ser ameaçado por reduções nos investimentos em saúde, por desastres naturais, guerras, violência e outras formas de perturbação social e pela aparição de novas doenças e novos riscos. O objetivo deve ser fortalecer as instituições nacionais que assegurarão que os êxitos em saúde nas Américas continuem e se

FIGURA 8. Taxas estimadas de mortalidade por grupos amplos de doenças na Região das Américas, as principais sub-regiões e países selecionados, 2002–2004.



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde. Situação da saúde nas Américas. Indicadores Básicos 2006.

extendam a toda a Região. Para proteger os avanços alcançados na Região, será necessário:

- Fortalecer e ampliar os programas de vacinação
- Manter os DOTS para a tuberculose
- Fornecer sangue seguro
- Garantir a inocuidade dos alimentos e a segurança alimentar
- Estar livres da febre aftosa
- Diminuir o impacto das situações de emergência e dos desastres
- Gerar dados básicos de saúde
- Melhorar os sistemas de vigilância epidemiológica
- Vigiar e analisar as desigualdades em saúde
- Compartilhar as informações e os conhecimentos sobre a saúde

ENFRENTAR OS NOVOS DESAFIOS

O perfil epidemiológico das Américas experimentou consideráveis mudanças nos últimos dez anos, já que muitos dos antigos problemas de saúde pública foram resolvidos, enquanto que surgem outros novos e tornam a aparecer alguns antigos. Nos próximos 10 anos, as mortes por doenças crônicas aumentaram em 17% e, o que é mais alarmante, as mortes causadas pela diabete aumentaram quase 80% (24). O aumento previsto na carga de doenças crônicas é atribuível ao envelhecimento da população e

aos comportamentos e escolhas pouco saudáveis que os indivíduos e as comunidades fazem, que se ligam a uma nutrição deficiente, o sobrepeso e a obesidade, e com o consumo de cigarro e álcool. Como se descreve no capítulo 2 desta publicação, em quase todos os países as doenças degenerativas crônicas substituíram as doenças transmissíveis como principais causas de morbidade, deficiência e morte, exceto no Haiti, onde as doenças transmissíveis seguem sendo a principal causa da mortalidade, com uma taxa total estimada de 351,2 mores por 100.000, seguidas das doenças do aparelho circulatório, com uma taxa de mortalidade de 227,9 por 100.000 (25). As doenças do aparelho circulatório, as neoplasias malignas, as doenças respiratórias crônicas e a diabete se converteram nas principais causas de morte, junto com causas externas como os acidentes, os homicídios e outras formas de violência (figura 8).

Uma análise da carga de morbidade nas Américas em 2006 indica que as principais causas de morte que tem o maior efeito quanto a anos de vida perdidos pelos homens são a diabete, a AIDS e os homicídios; todavia, seus efeitos se produzem em diferentes grupos de idade: os homicídios são um problema fundamental dos jovens e dos adultos, a AIDS dos adultos, e a diabete, das pessoas de 50 ou mais anos de idade. A carga de morbidade nas mulheres mostra um padrão diferente: as principais causas são a diabete, a AIDS e o câncer nos pulmões; a diabete afeta principalmente as mulheres com mais de 45 anos de idade, a AIDS, as mulheres jovens, e o câncer nos pulmões, ligado a uma nova modalidade de consumo de tabaco entre as mulheres, as

mulheres com mais de 45 anos de idade. As causas externas — em especial os homicídios e os acidentes de transporte terrestre — e a infecção pelo HIV/AIDS provocam muito mais mortes entre os homens do que entre as mulheres, principalmente nos jovens, e são, então, a principal razão pela qual a expectativa de vida esteja aumentando mais nas mulheres do que nos homens, aumento que é de cinco a oito anos em vários países (26).

Nos últimos 10 anos, e em grande medida devido à crescente permeabilidade das fronteiras transnacionais, doenças que já se acreditou terem sido controladas — como a tuberculose, a malária, a dengue, a peste bubônica e a febre amarela — ressurgiram, enquanto que doenças transmissíveis relativamente novas — como a infecção pelo HIV/AIDS, o SARS e, mais recentemente, a febre do Nilo Ocidental e a nova variante da febre aviária (causada pelo vírus H5N1) — estão se tornando importantes ameaças à saúde.

Depois dos casos de bio-terrorismo ligados ao carbúnculo notificados em várias cidades dos Estados Unidos durante 2001, previa-se que estas ameaças continuariam e que poriam à prova os sistemas nacionais de vigilância e resposta. A descoberta prematura de um ataque bio-terrorista é fundamental para diminuir os casos de doenças e as mortes, em especial quando se trata de um ataque encoberto com um agente biológico. É preciso contar com um melhor conhecimento da distribuição geográfica, a incidência e as características epidemiológicas de possíveis agentes endêmicos de bio-terrorismo, em particular as zoonoses, para iniciar investigações de um suposto surto ou ataque terrorista.

A preocupação pelas ameaças à saúde resultantes do uso excessivo de antibióticos cresce nas Américas, em particular nos países da América Latina, onde os antibióticos estão à disposição do público sem a necessidade de uma receita médica. O uso excessivo de antibióticos em pacientes ambulatoriais contribuiu para a aparição e propagação de bactérias resistentes aos antibióticos em muitas comunidades; importantes agentes patogênicos comuns, como *Mycobacterium tuberculosis*, *Escherichia coli*, *Salmonella* spp., *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pneumoniae* desenvolveram resistência aos medicamentos antibacterianos de uso comum, o que complica o tratamento das doenças que elas provocam. Por outro lado, as infecções transmitidas pelos alimentos que são resistentes aos antimicrobianos devido ao uso inadequado de antibióticos na produção de animais contribuíram para a aparição de resistência em *Salmonella* spp. e *Campylobacter jejuni*. Ainda que estejam sendo desenvolvidos novos marcadores biológicos e novas tecnologias de micro-ensaio do ADN, o desafio que persiste é criar uma tecnologia simples e computadorizada de diagnóstico que permita a rápida identificação da resistência aos antimicrobianos pouco depois da aparição dos sintomas (27). Ainda que o emprego de novos agentes antimicrobianos e o melhor uso dos medicamentos antimicrobianos atualmente disponíveis se converterá na norma geral nos

países de alta renda, o que conduzirá ao tratamento adequado e complicações pouco frequentes, os pobres não contarão com um tratamento adequado para as infecções resistentes aos antimicrobianos, com o que se perpetuaram as desigualdades em saúde. Assim ocorre com a epidemia de infecção pelo HIV/AIDS, que, apesar da boa cobertura com medicamentos anti-retrovirais nas Américas, há a projeção de que se expandirá nos grupos mais pobres da população (27).

O envelhecimento da população. Na maioria dos países das Américas, a população está envelhecendo devido às expectativas de vida mais prolongadas ou à estabilização das taxas de fecundidade. Nos últimos 25 anos, a expectativa de vida ao nascer nas Américas aumentou 7 anos e a expectativa de vida média supera os 70 anos, com uma diferença de sete anos em média entre os países da América do Norte e os da América Latina e do Caribe. Dos habitantes da América Latina e do Caribe nascidos atualmente, 78,6% viverão mais de 60 anos e quatro em cada 10 viverão mais de 80 anos. As pessoas de idade avançada estabelecem maiores demandas de serviços de saúde porque requerem uma assistência mais freqüente e integral e necessitam de serviços relacionados ao tratamento de doenças crônicas e deficiências. A avaliação das políticas sanitárias e do desempenho dos serviços de saúde para os idosos deve procurar aumentar os anos de vida livres de deficiências depois dos 60 anos de idade (28).

Estilos de vida pouco saudáveis, comportamentos que implicam riscos e doenças não transmissíveis. Alguns dos principais fatores responsáveis pelo aumento das enfermidades não transmissíveis são os estilos de vida pouco saudáveis. Os hábitos alimentares da população das Américas estão mudando: cada vez mais, as pessoas consomem menos frutas, verduras, legumes, grãos inteiros e cereais, e mais alimentos elaborados, leite, cereais refinados, carnes e açúcar. A nutrição deficiente se complica mais pela carência de micronutrientes como iodo, vitamina A, ferro, zinco e fosfatos. Ao mesmo tempo, entre 30% e 60% da população das Américas não alcançam os níveis mínimos recomendados de atividade física. A mudança de ocupação do trabalho manual e da agricultura para o setor de serviços na maior parte da Região implica que, em geral, a atividade física está diminuindo. Essa diminuição foi agravada pela maior urbanização, pelo transporte motorizado e pela introdução de dispositivos que poupam trabalho e computadores nos domicílios. Esta conjunção de alimentação deficiente e estilos de vida sedentários conduzem a uma epidemia de doenças não transmissíveis nos adultos (veja o capítulo 2). Segundo a OMS, das 6,2 milhões de mortes que se estima que tenham ocorrido na Região em 2005, mais de três quartos estavam ligadas a doenças crônicas e, nos próximos 10 anos, 53 milhões de pessoas morrerão devido a doenças crônicas. Pelo menos 80% das cardiopatias prematuras, os acidentes cerebrais vasculares e a diabetes do tipo 2 e 40% das neoplasias malignas

nas Américas poderiam ser prevenidas mediante uma alimentação saudável e a atividade física habitual, e evitando-se o consumo de produtos de tabaco; estima-se que as taxas de mortes por doenças crônicas poderiam diminuir 2% ao ano nos próximos 10 anos, com o que se salvariam quase 5 milhões de vidas (24). Um estudo recente que incluiu mais de 3.000 jovens de 26 países em desenvolvimento — inclusive Argentina, Brasil, Honduras, México, Peru e República Dominicana — selecionou “ter um estilo de vida saudável” como um dos cinco elementos essenciais na vida que poderiam influir no futuro dos jovens: “Estima-se que quase dois terços das mortes prematuras e um terço da carga total de morbidade dos adultos podem estar ligadas a condições ou comportamentos que se iniciaram na juventude” (29). Novamente, essas condições ou comportamentos, muitos deles relacionados entre si, incluem o hábito de fumar, o consumo excessivo de bebidas alcólicas, o uso de drogas, os acidentes de trânsito, as relações sexuais não seguras, a violência, os estilos de vida sedentários e a nutrição deficiente. A menos que se revertam essas tendências, o impacto sobre a saúde no futuro será enorme e haverá uma avassaladora demanda por serviços de saúde.

O sobrepeso e a obesidade. As mudanças nos padrões de consumo junto com a menor atividade física estão ligados a um aumento da prevalência do sobrepeso (um índice de massa corporal igual ou superior a 25 e menor que 30 kg/m²) e a obesidade (um índice de massa corporal igual ou superior a 30 kg/m²). Pesquisas realizadas em países Latino-americanos e do Caribe em 2002 constataram que entre 50% e 60% dos adultos e entre 7% e 12% das crianças menores de 5 anos tinham sobrepeso ou eram obesos. Na Argentina, Colômbia, México, Paraguai, Peru e Uruguai, mais da metade da população tem sobrepeso e mais de 15% são obesos. Um fato ainda mais preocupante é que a tendência está se estendendo entre as crianças da Região: no Chile, México e Peru, uma em cada quatro crianças de 4 a 10 anos de idade tem sobrepeso. Prevê-se que, para 2015, a prevalência do sobrepeso nas Américas haverá aumentado tanto nos homens como nas mulheres. Nos Estados Unidos, 64% dos adultos têm sobrepeso e 30,5% são obesos. O Canadá está um pouco mais atrás que os Estados Unidos: 50% dos adultos canadenses têm sobrepeso e 13,4% são obesos (30).

A diabetes. Em 2006, estimou-se que 35 milhões de pessoas eram diabéticas nas Américas e se prevê que essa quantidade aumentará para 64 milhões para 2025. O aumento previsto na prevalência da diabetes é paralelo ao aumento da prevalência da obesidade, um importante fator de risco da diabetes. Estima-se que em 2003 a diabetes esteve ligada a 300.000 mortes na América Latina e no Caribe. Nas mulheres de todas as idades e em quase todos os países das Américas, a diabetes é uma das três principais causas de morte. As taxas de prevalência mais altas se

“Apesar dos significativos esforços realizados para melhorar os serviços de saúde materna na Região, inclusive a introdução recente de seguros para cobrir o custo da assistência materno-infantil, as taxas de mortalidade materna reduziram muito pouco na última década.”

Mirta Roses, 2004

apresentam nos adultos do Caribe: a prevalência da diabetes varia de 18% na Jamaica e 17% em Barbados a uma estimativa de 8% na América do Sul e 6% na América Central (31). Calcula-se que o custo social total da diabetes na América Latina e no Caribe seja de US\$ 65.000 milhões.

O tabaco. A OMS estimou que o tabaco é a segunda causa de mortes evitáveis, depois da pressão arterial elevada, e que provoca 900.000 mortes ao ano nas Américas (veja o capítulo 3). Se as tendências atuais continuarem, o tabaco provocará a morte de mais de um bilhão de pessoas no século XXI. Em 2006, mais de 20% dos jovens de 13 a 15 anos de idade das Américas haviam consumido tabaco, uma prevalência que é a maior no mundo para esse grupo de idade (32); mais de 70% dos fumantes da Região começaram a fumar antes dos 18 anos de idade. Em 2000, a prevalência do hábito de fumar entre os jovens de 13 a 15 anos de idade variava entre 14% e 21% nos países do Caribe e 40% no Cone Sul. Nos Estados Unidos e no Canadá, quase um quarto dos jovens fumavam. Estima-se que o consumo do tabaco causa atualmente um milhão de mortes por ano nas Américas, e o Cone Sul tem a taxa mais alta de mortalidade provocada pelo tabaco. Calcula-se que um terço das mortes por cardiopatias e neoplasias malignas na Região são atribuíveis ao consumo de tabaco. Cada vez mais concentrado nos países mais pobres e nos pobres dentro desses países, o consumo de tabaco se liga às doenças pulmonares obstrutivas crônicas, ao câncer e às cardiopatias; contribui consideravelmente para a asma e para as mortes por tuberculose e se prevê que causará um aumento exponencial das mortes, de 6,4 milhões de pessoas por ano para 2015, 50% a mais que a infecção pelo HIV/AIDS.

O alcoolismo. Por sua parte, comprovou-se que, entre 27 fatores diferentes de risco, o alcoolismo é o principal fator determinante da carga de morbidade nas Américas (capítulo 3). A embriaguez, a dependência do álcool e o dano biológico provocados pelo consumo de bebidas alcoólicas podem ter conseqüências sociais e para a saúde a longo prazo. “Todos os anos, as doenças vinculadas com o consumo de álcool são a causa de cerca de 4% dos anos de vida ajustados em função da deficiência (AVAD) em nível mundial e de 8,8% dos AVAD na América Latina e no Caribe” (33).

QUADRO 2. Prevalência (em 2006 e projeções para 2050) do Mal de Alzheimer na América Latina e no Caribe, na América do Norte e em todo o mundo, por etapa da doença.

	Prevalência (milhões de casos)					
	2006			2050		
	Total	Etapa prematura	Etapa tardia	Total	Etapa prematura	Etapa tardia
América Latina e Caribe	2,03	1,14	0,89	10,85	5,99	4,86
América do Norte	3,10	1,73	1,37	8,85	4,84	4,01
Em todo o mundo	26,55	14,99	11,56	106,23	58,75	47,48

Fonte: Ron Brookmeyer, Elizabeth Johnson, Kathryn Ziegler-Graham y H. Michael Arrighi, "Forecasting the Global Burden of Alzheimer's Disease", Johns Hopkins University Departamento de Bio-estatística, Artigo de Trabalho 130, 2007.

As neoplasias malignas. As neoplasias malignas são responsáveis por um quinto da mortalidade por todas as doenças crônicas nas Américas e provocaram cerca de 459.000 mortes em 2002. Isto representa um aumento de um terço das mortes por neoplasias malignas desde 1990. Os cânceres nos pulmões e no cólon estão incluídos nas 10 principais causas de mortes em muitos países das Américas. Os cânceres de próstata, de mama e uterino são também causas importantes de morte em vários países da América Latina. Na América do Norte, o câncer do tecido linfático é uma das 10 principais causas de morte na população em geral e está entre as cinco principais causas no grupo de 5 a 24 anos de idade (26).

Doenças do aparelho circulatório. As doenças do aparelho circulatório em conjunto representam aproximadamente 20% do total das mortes nas Américas, a porcentagem mais alta entre as causas principais de morte em todos os países da Região. Nesse grupo, a cardiopatia isquêmica e a doença vascular cerebral são as mais importantes. As doenças hipertensivas e a insuficiência cardíaca também se destacam como causas importantes de morte; entre 8% e 30% da população das Américas sofrem hipertensão, um forte fator independente de risco de cardiopatia e acidente vascular cerebral. No México, que tem realizado pesquisas sobre os fatores de risco, ocorreu um aumento da prevalência da hipertensão de 26% em 1993 para 30% em 2000 (26). Estas doenças sempre se apresentam entre as cinco a 10 causas principais de morte da população em geral (incluindo ambos os sexos).

Os problemas de saúde mental. Os problemas de saúde mental afetam tanto os jovens como os idosos da Região, ainda que de forma diferente. Em 2000, o suicídio, o indicador mais confiável de problemas de saúde mental, foi a terceira causa principal de morte no grupo de 10 a 19 anos de idade e a oitava causa principal nos adultos de 20 a 59 anos de idade nas Américas em geral. O mal de Alzheimer e a demência vascular cerebral foram a décima causa principal de morte em toda a população das

Américas e a oitava causa nas pessoas de 60 ou mais anos de idade. O mal de Alzheimer e a demência vascular cerebral foram uma das principais causas de morte no Canadá, Chile, Cuba, nos Estados Unidos, em Porto Rico e no Uruguai. Prevê-se que a prevalência do mal de Alzheimer nas Américas — estimada em 2,0 milhões de casos na América Latina e 3,1 milhões de casos na América do Norte — aumentará a medida em que a população dos países envelhece. Mais de 26 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem do mal de Alzheimer e espera-se que essa quantidade quadruplique para 106 milhões para 2050, com quase 9 milhões na América do Norte e quase 11 milhões na América Latina e no Caribe (quadro 2).

Lesões e mortes causadas por acidentes de trânsito terrestre. Em 2002, foram registradas aproximadamente 374.000 mortes provocadas por acidentes de trânsito terrestre nas Américas, e todos os anos centenas de milhares de pessoas sofrem lesões e incapacidades por causa desses acidentes (capítulo 3). As lesões por acidentes de trânsito terrestre ocuparam o nono lugar como principal causa de morte na Região em geral durante 2002. Nesse mesmo ano, os países de rendas baixas e médias das Américas tiveram taxas de mortalidade por lesões em acidentes de trânsito terrestre de 16 mortes por 100.000 habitantes, enquanto que nos países de renda alta a taxa foi de 15 mortes por 100.000 habitantes (34).

A violência. Em 2002, houve, na Região das Américas, aproximadamente 384.000 homicídios e 179.000 suicídios (capítulo 3). Nos países onde os acidentes de trânsito terrestre não são a primeira causa de morte de homens adolescentes e jovens, o homicídio ocupa o primeiro lugar. As taxas de homicídios por 100.000 habitantes superaram níveis altos ou críticos em vários países, em especial no Brasil (28), na Venezuela (35), na Jamaica (44), em El Salvador (45), na Guatemala (50), em Honduras (55) e na Colômbia (65). A quantidade de delitos violentos está aumentando em toda a Região, o que põe em risco as condições de saúde e sobre-

QUADRO 3. Porcentagem de mulheres que notificaram haver sido vítimas de violência nas mãos de familiares em cinco países das Américas, 2000–2005.

	Violência física	Violência sexual
Bolívia	53	12
Peru	42	10
Colômbia	39	12
Equador	31	12
Haiti	29	17

Fonte: Pesquisas nacionais demográficas e de saúde efetuadas na Bolívia (2003), Peru (2000), Colômbia (2005), Equador (2004) y Haiti (2000).

carrega os serviços de saúde. Em torno de uma em cada três mulheres da América Latina e do Caribe foi vítima de violência sexual, física ou psicológica nas mãos de familiares (quadro 3). A violência contra as mulheres não só representa uma enorme carga para a saúde pública, mas também obstaculiza o desenvolvimento social e econômico ao impedir que as vítimas contribuam plenamente para o progresso de suas comunidades.

As ameaças que se apresentam. A propagação internacional de doenças infecciosas oferecem problemas para a segurança sanitária mundial, em grande medida devido a fatores relacionados ao mundo interconectado e interdependente da atualidade. Entre outros fatores que originam o risco de propagação dessas ameaças contam-se os movimentos da população graças ao turismo e à migração como resultado de desastres; o crescimento do comércio internacional de alimentos e de produtos biológicos; as mudanças sociais e ambientais ligadas à urbanização, o desmatamento e as alterações do clima; e as modificações dos métodos de elaboração e distribuição dos alimentos e dos hábitos dos consumidores. Estes fatores demonstram uma vez mais que os episódios de doenças infecciosas em um país ou região são um problema potencial para todo o mundo (35). Outra preocupação é a possibilidade de que se produzam surtos como consequência da liberação intencional ou acidental de agentes biológicos. As epidemias que se produzem de forma natural e aquelas causadas pela liberação de agentes biológicos constituem uma ameaça para a segurança sanitária mundial. Além disso, como resultado do impacto que problemas tais como o SARS, a gripe aviária, a poluição de alimentos e a resistência aos praguicidas podem ter sobre a segurança e a economia de um país e da comunidade internacional, agora a vigilância desses possíveis problemas deve abranger muitas áreas e agentes novos (36).

O novo [sobre a propagação internacional das doenças] é: (1) a gama mais ampla de doenças “emergentes” ou “re emergentes” identificadas; (2) o alcance dos fatores globalizantes que as desencadeiam; (3) a intervenção de novos atores no âmbito da vigilância da saúde pública, que contribuem com preocupações

econômicas ou de segurança; (4) os limites imprecisos entre os riscos potenciais de surtos naturais e intencionais; e (5) a crescente exigência do público e dos organismos da imprensa de informação imediata. . . . Em nível internacional, não é suficiente reconhecer a ameaça mundial das doenças emergentes ou re-emergentes e se concentrar em uma estratégia baseada em uma vigilância e uma resposta impulsionadas externamente. Com uma urgência similar, os preparativos para epidemias futuras têm que incluir uma re-estruturação paralela dos sistemas de saúde, que inclua os aspectos essenciais da formação de recursos humanos, a administração e a equidade no acesso à assistência (37).

A infecção pelo HIV/AIDS. Depois da África sub-saariana, o Caribe é a segunda sub-região no mundo mais afetada pela infecção pelo HIV/AIDS. Estima-se que 1,2% da população do Caribe, cerca de 250.000 pessoas, viviam com o HIV em 2006. A epidemia, em grande medida de transmissão heterossexual no Caribe, é produzida no contexto de marcadas desigualdades entre os sexos e é impulsionada por uma próspera indústria do sexo: a metade das pessoas infectadas são mulheres e as jovens são 2,5 vezes mais propensas a contrair a infecção que os homens jovens. Quase três quartos delas estão na República Dominicana e no Haiti, porém a prevalência da infecção pelo HIV é alta em toda a sub-região: de 1% a 2% em Barbados, na Jamaica e na República Dominicana; 2% a 4% nas Bahamas, no Haiti e em Trinidad e Tobago. A América do Norte teria uma prevalência estimada em 0,8%, com 1,4 milhões de pessoas infectadas, e na América Latina a prevalência era de 0,5%, com 1,7 milhões de pessoas infectadas. Apesar das campanhas de prevenção para reduzir o risco de infecção pelo HIV, os avanços no tratamento e a ampliação da cobertura do tratamento para prolongar as vidas das pessoas que vivem com a AIDS, a pandemia da infecção pelo HIV/AIDS continua sendo um dos principais surtos para a saúde pública da Região.

De 1981 a 2005, foram oficialmente notificados mais de 1,7 milhões de casos de AIDS nas Américas, 38.000 deles em menores de 15 anos de idade. A porcentagem de mulheres com AIDS notificada nas Américas aumentou de 6% do total de casos de AIDS em 1994 para aproximadamente 31% em 2005 e esta tendência geral se repetiu em todas as sub-regiões. Ainda que o número de pessoas que vivem com AIDS continue aumentando lentamente nas Américas, a melhor estimativa da quantidade de mortes por AIDS no Caribe diminuiu entre 2004 e 2006, em grande medida graças à obtenção de um melhor tratamento e à expansão da cobertura do tratamento. Em muitos países Latino-americanos também ocorreu uma redução do número de mortes por AIDS no último decênio. Todavia, no período 2003–2005, a quantidade de mortes por AIDS aumentou de 53.000 a 65.000, o que significa que, em média, todos os dias 200 pessoas morrem por infecção pelo HIV/AIDS na América Latina e no Caribe. As

“*Todos os anos são registrados 220.000 novos casos de tuberculose na Região das Américas, e mais de 50.000 pessoas morrem em consequência dessa doença. A tuberculose tem cura, estas mortes são evitáveis. Só com a participação ativa e organizada da comunidade o diagnóstico dos casos poderá melhorar e mais pessoas poderão ser curadas. A tuberculose pode afetar a todos por igual: não reconhece idade, sexo, raça ou condição social, porém está estreitamente ligada à pobreza. As pessoas mais atrasadas são as mais vulneráveis à tuberculose.*”

Mirta Roses, 2004

metas para a cobertura com o tratamento anti-retroviral nas Américas — como parte do compromisso regional com a iniciativa da OMS “3 X 5”, que implica em ampliar o tratamento a três milhões de pessoas até o final de 2005 — haviam sido superadas em 13% ao final do prazo estabelecido. Estima-se que, em junho de 2006, três quartos das pessoas que necessitavam de tratamento anti-retroviral para a infecção pelo HIV/AIDS nas Américas não o estavam recebendo, cobertura que é a mais elevada no mundo em desenvolvimento. Segundo os relatórios de 28 países das Américas, em 2006 foram realizados testes para detectar a infecção pelo HIV/AIDS em mais de um milhão de pessoas e também aumentou substancialmente o acesso aos serviços de orientação, testes, e prevenção da transmissão de mãe para filho (38–41).

A gripe pandêmica. Desde a pandemia de gripe de 1918, que matou dezenas de milhões de pessoas em todo o mundo, tem se tomado muitas medidas de prevenção e controle para reduzir a probabilidade de uma pandemia similar ou pior, como a colocação em funcionamento da vigilância da gripe, a elaboração de vacinas e medicamentos antivirais e medidas preventivas como a recente destruição rápida de 1,5 milhões de aves de granja em Hong Kong para controlar a propagação da gripe aviária. Em todo o mundo estão em curso atividades de vigilância contra desastres e situações de emergência e preparativos para a gripe pandêmica, em especial a provocada pelo altamente patogêno e mutante vírus da gripe do sub-tipo H5N1. Até o momento, os sub-tipos da gripe aviária tem se limitado basicamente à propagação de uma ave para outra e, às vezes, tem se transmitido a um ser humano e causado a doença. Ainda não se identificou a propagação sustentada de um ser humano para outro desta gripe; no entanto, existe uma séria preocupação de que uma linhagem perigosamente patogêna do vírus mute e adquira outros genes víricos que lhe permitam passar facilmente de um ser humano para outro. Certamente, a gripe aviária, que é só a mais recente ameaça séria de gripe, não será a última (42–45).

RESPONDER ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Para satisfazer as necessidades pendentes de saúde, manter os avanços obtidos e fazer frente aos desafios descritos nas páginas anteriores, será necessário um exercício da autoridade energético no setor público, a prestação equitativa dos serviços, um financiamento suficiente do sistema de saúde, uma massa crítica de trabalhadores de saúde bem preparados, a coordenação entre os diversos setores sociais e uma sólida aliança em prol da saúde entre os países e a comunidade internacional. No capítulo 4, “As políticas públicas e os sistemas e serviços de saúde”, são analisados em profundidade os sistemas de saúde, o financiamento da assistência em saúde, a legislação sanitária, os recursos humanos, as funções essenciais de saúde pública, as tecnologias de saúde, a informação científica no campo da saúde e a renovação da assistência básica. No capítulo 5, “A saúde e a cooperação internacional nas Américas”, apresentam-se informações sobre a assistência oficial para o desenvolvimento, as associações entre o setor público e o privado, a cooperação técnica entre os países em desenvolvimento e os processos de integração regional.

A governança. Em alguns países, os avanços obtidos mediante os processos de democratização que se iniciaram nos anos oitenta e se consolidaram nos anos noventa, foram comprometidos por recentes crises políticas, sociais, econômicas e institucionais, entre as quais destaca-se a corrupção difundida. Essas crises macularam a imagem e a credibilidade das instituições públicas e da classe política em geral e, desse modo, contribuíram para aumentar a inquietação, a violência e a insegurança social. Em alguns países, as promessas de autodeterminação, devolução de poder ao povo e às comunidades e participação efetiva dos cidadãos não foram cumpridas. Em outros, onde a capacidade de tomar decisões foi transferida de forma incompleta do nível nacional ao sub-nacional, a capacidade institucional local não foi desenvolvida adequadamente. A outorga de uma maior autonomia de gestão aos organismos públicos nem sempre teve como resultado serviços melhores e mais eficientes. Ainda que tenha se falado muito sobre a necessidade de aumentar a assistência pelos doadores e transferir soluções tecnológicas para a saúde no mundo em desenvolvimento, os países beneficiados tem que intervir e fazerem-se responsáveis por estabelecer instituições que possam por em prática os programas e as tecnologias de saúde.

Para melhorar a saúde pública nos países das Américas, são necessários estados fortes, sistemas de saúde pública sólidos e uma infraestrutura adequada. As crescentes demandas ao sistema de assistência em saúde estão desencadeando uma maior competição pelos recursos limitados. Prever e responder adequadamente aos numerosos desafios epidemiológicos, tecnológicos e institucionais para os sistemas de saúde, seguridade social e vi-

gilância exigirá um governo e gestão cada vez melhores desses sistemas. Ainda que a reforma do setor de saúde e a modernização do Estado, amplamente promovidas nos anos noventa, produziram alguns benefícios e facilitaram a participação de novos atores no setor, em particular do setor privado, a reforma se concentrou principalmente em aspectos financeiros e institucionais e relegou a um plano secundário problemas críticos de saúde pública. Como resultado, a função do governo em áreas-chaves e a capacidade dos ministérios de saúde de exercer seu papel gestor e levar a cabo funções essenciais de saúde pública foram debilitadas. Atualmente, a regulamentação do setor, que leve em conta seus componentes tanto público como privado, representa um desafio importante e, para fazer frente a ele, será necessário abordar as duas maiores restrições da infraestrutura sanitária: a segmentação e a fragmentação (veja o capítulo 4).

A divisão do sistema de saúde em sub-componentes que se “especializam” em distintos grupos de população — a **segmentação** — em geral adota, para a prestação de serviços e para a seguridade, as formas de: (1) um sub-sistema público orientado aos pobres; (2) um sub-sistema de seguridade social que cobre os trabalhadores do setor formal e seus dependentes; e (3) um sub-sistema privado lucrativo usado principalmente pelos setores da população com mais recursos. Ao impor condições ao acesso aos dois últimos sub-sistemas que só podem ser atendidas por grupos sociais, ocupacionais e economicamente bem situados, a segmentação impede ou complica a aplicação de intervenções de assistência em saúde eficazes em função dos custos e fazem com que seja mais difícil chegar a alguns grupos de população, com o que se consolidam e se afirmam as desigualdades que afetam especialmente os pobres, os desempregados do setor formal, os indígenas e as mulheres. As mudanças no mercado de trabalho, em particular o crescimento da economia informal, agravou esta situação. A origem étnica é um fator que limita o acesso ao sistema de saúde: pelo menos em cinco países da Região — Bolívia, Equador, Guatemala, Paraguai e Peru — o fato de pertencer a um grupo indígena ou falar só uma língua indígena constitui uma barreira. Como o acesso aos sistemas de saúde está vinculado ao emprego no setor formal, as mulheres sofrem uma exclusão maior que os homens: por causa de suas obrigações domésticas, mais da metade das mulheres da Região não têm empregos remunerados e, quando os têm, em comparação com os homens, é mais provável que trabalhem no setor informal e em ocupações de meio período que, em geral, não são cobertas pela seguridade social; além disso, ainda que mais de 30% das famílias da Região sejam chefiadas por mulheres, as mulheres freqüentemente são dependentes que, junto com seus filhos, estão submetidas a que a pessoa que tem cobertura de saúde tenha emprego e permaneça na família (26).

Quando há a **fragmentação** dos serviços no setor saúde — ou seja, quando os diferentes sub-sistemas não funcionam de forma sinérgica e coordenada mas sim tendem a se ignorar

mutuamente e, inclusive, competir entre si — costuma ocorrer uma concentração da prestação de serviços de saúde nos hospitais e na assistência individual, em detrimento dos serviços de saúde pública. A fragmentação obstaculiza a aplicação de intervenções eficazes em função dos custos, faz com que seja difícil uniformizar a qualidade, o conteúdo, o custo e a aplicação das medidas de saúde e eleva seu custo, e estimula a utilização pouco eficiente dos recursos dentro do sistema. Essa ineficiência se manifesta pela coexistência de baixas taxas de ocupação nos hospitais e no sub-sistema de seguridade social e altas porcentagens de demanda de serviços não satisfeita nos sub-sistemas públicos da Bolívia, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguai e da República Dominicana. Em alguns países, como Bolívia, Equador, Guatemala e Honduras, a fragmentação dos serviços tem uma dimensão territorial na qual os mecanismos de referência e contra-referência de pacientes nas zonas rurais limitam severamente a prestação da assistência em saúde (26).

A **prestação e o acesso aos serviços de saúde**. Em muitos países, o hiato entre quem pode e quem não pode ter acesso à assistência à saúde está se ampliando. As razões dessa crescente desigualdade e as resultantes e profundas conseqüências adversas para a saúde da população são numerosas: os aspectos negativos da globalização, a pobreza, a perda de empregos, a redução da renda e as grandes desigualdades em sua distribuição, que podem levar a condições de vida mais pobres, à fragmentação social e a uma elevada vulnerabilidade. Ainda que muitos dos países tenham empreendido intervenções relacionadas à saúde em favor dos pobres, essas intervenções nem sempre chegam a quem mais as necessita; pelo contrário, freqüentemente favorecem e ampliam o hiato da saúde entre os ricos e os pobres. A pesquisa publicada no *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 2004* revelou que, nos 21 países estudados, o quinto de renda mais alta recebia, em média, 25% do gasto governamental em serviços de saúde, em comparação com somente 15% desse gasto alocado para o quintil mais baixo (46).

Apesar das persistentes diferenças quanto ao acesso à assistência em saúde na Região, alguns países obtiveram um notável progresso em sua busca por uma provisão equitativa dos serviços de saúde mediante intervenções que favorecem os pobres. Entre os exemplos mais destacados de países que o conseguiram estão:

- **Colômbia:** criou e financiou um fundo de equidade que aumentou a cobertura da seguridade de saúde para os pobres e reduziu as barreiras econômicas para a utilização dos serviços. “Ainda que a cobertura da seguridade entre os que estão no quintil de renda mais alta tenha aumentado modestamente com a reforma, de 60% em 1993 para 81% em 2003, no quintil de renda mais baixa a cobertura da seguridade aumentou de 9% em 1993 para 48% em 2003” (47).

“Os países realizaram enormes esforços para interromper a transmissão do HIV/AIDS de mãe para filho. Da mesma forma, deteve-se a transmissão da doença pela transfusão de sangue. O acesso a tratamentos melhorou significativamente: as Américas são a primeira região do mundo que negociou uma redução dos preços dos anti-retrovirais. Porém, a situação regional é desigual, e em alguns países menos de 30% de quem necessita está recebendo tratamento.”

Mirta Roses, 2006

- **México:** usou as transferências direta de dinheiro para famílias pobres para que pudessem empregar esses fundos para pagar pelos serviços de saúde; em 2003, quase 60% das pessoas para beneficiadas por esse programa pertenciam ao 20% mais pobre da população e 80% dos beneficiários estavam entre os 40% mais pobres da população do país (48).
- **Honduras, Peru e Nicaragua:** estabeleceram “fundos sociais” para estimular as comunidades e as instituições locais, especialmente nas zonas mais pobres dos países em desenvolvimento, a assumir a iniciativa na identificação e realização de investimentos em pequena escala em postos de saúde e sistemas de abastecimento de água e de saneamento. “Estes investimentos orientados aos pobres tendem a aumentar a utilização dos serviços de saúde, em particular de saúde materno-infantil, e se traduzem em melhores resultados de saúde, como as consideráveis reduções na mortalidade de lactantes e crianças” (49).

O financiamento. Persistem graves deficiências no financiamento do sistema de saúde; alguns países têm gastos extremamente baixos, enquanto outros dependem excessivamente de recursos externos e são, portanto, muito vulneráveis. Em muitos países, os pagamentos em dinheiro têm aumentado consideravelmente, com o efeito consequente de que os pobres são os mais afetados. A quantidade e a distribuição do gasto público em saúde são fatores críticos na equidade ou desigualdade que caracterizam os sistemas de saúde. Quando predominam sistemas de saúde muito segmentados — como na maioria dos países da América Central (El Salvador, Guatemala, Honduras e Nicaragua) e na Área Andina (Bolívia, Equador, Peru e Venezuela) — o financiamento da saúde pelo setor público é, em geral, baixo e, por conseguinte, a cobertura por esse setor é limitada, enquanto que o gasto privado é alto e cobre principalmente os indivíduos do setor privado. Nesses países, onde uma grande porcentagem da população é pobre, ocorrem graves desigualdades no acesso à assistência em saúde devido ao baixo gasto do setor público em saúde e ao elevado gasto em dinheiro, que é proporcionalmente mais alto com os mais pobres (26).

Em 2005, o gasto nacional em saúde em todos os países da América Latina e do Caribe representava aproximadamente 7% do produto interno bruto da Região, um gasto anual de cerca de US\$ 500 per capita (capítulo 4). Cerca de 45% deste gasto correspondia ao gasto público em saúde, em serviços prestados pelo ministério da saúde, outras instituições dos governos centrais e locais e as contribuições obrigatórias a fundos de saúde administrados pelo setor privado ou instituições de seguridade social. Os demais 55% correspondiam ao gasto privado e incluíam os gastos diretos em dinheiro para a aquisição de bens e serviços de saúde e para cobrir serviços de saúde usados mediante planos de seguridade de saúde privados ou planos de assistência em saúde pré-pagos. É necessário assinalar que, como as mulheres necessitam usar mais os serviços de saúde, seus gastos permanentes em saúde tendem a ser mais altos que os dos homens, uma desigualdade de gênero que se torna até mais transcendente se considerarmos que a renda das mulheres, em média, chega a apenas 70% da renda dos homens.

Além da quantidade do gasto público em saúde, sua distribuição entre os grupos mais pobres de uma população (geralmente chamada “progressividade”) é um fator crítico no acesso desses grupos aos serviços de saúde. O gasto em dinheiro pelas famílias mais pobres é mais baixo nos países onde a distribuição do gasto público favorece os grupos de baixa renda; Chile, Costa Rica e Uruguai distribuem cerca de 30% do gasto público entre a população de renda mais baixa. Inversamente, quando a distribuição do gasto público não leva em conta as maiores necessidades dos pobres, estes têm que pagar mais pelo acesso aos serviços; no Equador e na Guatemala, pouco mais de 12% do gasto público em saúde é alocado ao primeiro quintil de renda (os mais pobres), enquanto que o quinto quintil (os mais ricos) recebe mais de 30%; o Peru distribue o gasto público por igual em todos os grupos de renda. Chile, Costa Rica e Uruguai têm sistemas nacionais de seguridade de saúde, enquanto que Equador, Guatemala e Peru têm sistemas de saúde muito segmentados (26).

Os trabalhadores da saúde. É lógico que, quanto maior o número de trabalhadores de saúde com que conta uma população, maior será sua influência no grau de saúde. Um exemplo claro disto é a relação entre as quantidades adequadas de prestadores de assistência em saúde e as reduções na mortalidade materno-infantil: a medida que aumenta a disponibilidade de trabalhadores de saúde, diminuem as taxas de mortalidade. Ocorre o contrário nos países com uma baixa densidade de trabalhadores de saúde: a taxa de mortalidade nas crianças menores de 5 anos aumenta, a taxa de mortalidade materna aumenta e a proporção de partos assistidos por pessoal qualificado diminui (50).

Em 2005, estima-se que 21,7 milhões de pessoas constituíam a força de trabalho de tempo integral no campo da saúde e nas Américas. Muitos dos países da Região sofrem uma escassez crítica de trabalhadores de saúde e se espera que esta escassez se

torne mais aguda com o crescimento demográfico previsto, com o envelhecimento da força de trabalho e com a crescente carga de morbidade. Nos países menos desenvolvidos, prevê-se que a competição pelos recursos limitados e a emigração internacional dos trabalhadores de saúde desestabilizaram ainda mais a força de trabalho; 72% dos países da Região já estão experimentando prejuízos por causa da emigração.

Persistem graves desequilíbrios na distribuição dos trabalhadores da saúde na Região, tanto de um país ao outro como em um mesmo país. A relação (densidade) ótima entre médicos e enfermeiras e os habitantes é de 25:10.000. Em 11 países, essa relação é superior a 50, o que significa que 30% da população da Região tem 73% do total de médicos e enfermeiras. Em 15 países, a relação de densidade é inferior a 25, o que implica que 20% da população da Região conta com 6% dos recursos humanos em saúde; seriam necessários mais 128.000 médicos e enfermeiras para chegar a uma relação ótima. As mulheres constituem quase 70% da força de trabalho no campo da saúde, porém também representam uma porcentagem desproporcionalmente alta dos trabalhadores da saúde desempregados, que chegavam a 6,2% em uma amostra de 13 países. A distribuição dos trabalhadores de saúde dentro de cada país é muito desigual; as zonas urbanas tem de 8 a 10 vezes mais médicos que as rurais. Em nível regional, enquanto que na América do Norte há três enfermeiras para cada médico, na América Latina e no Caribe há três médicos por cada enfermeira (51).

A participação inter-setorial. Muitos avanços nas condições de saúde obtidos nas últimas décadas resultaram da colaboração entre o setor de saúde e outros setores sociais: o abastecimento de água e o saneamento e o meio ambiente em geral, a educação, o trabalho, a agricultura e o transporte, para nomear somente alguns. O potencial de uma sinergia da colaboração internacional foi reconhecido na Declaração de Alma-Ata em 1978. Décadas mais tarde, em 2000, o enfoque multi-setorial impulsionou a elaboração dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio que, como vimos, propoem integrar a ação para reduzir a pobreza e a fome e promover a educação, a autonomia das mulheres, a saúde, o meio ambiente e as alianças mundiais encaminhadas em direção ao sucesso desses objetivos.

A participação internacional. A estrutura internacional de assistência para o desenvolvimento em saúde — a cooperação de organismos multilaterais, a assistência bilateral e a ajuda filantrópica privada — experimentaram uma mudança radical no último decênio: “novos organismos multilaterais, iniciativas e fundações assumiram um papel destacado no financiamento das atividades ligadas à saúde, à nutrição e à população, como o Fundo Mundial da Luta contra a AIDS, a Tuberculose e a Malária, a Aliança Mundial para Vacinas e Imunização (AMVI), a Aliança Mundial para Melhorar a Nutrição (GAIN) e a Fundação

Bill e Melinda Gates” (52). Ainda que os atores tenham se multiplicado, o debate sobre qual é o investimento mais conveniente da cooperação internacional na saúde continua sem ser resolvido (capítulo 5).

Os desafios das persistentes desigualdades e problemas de saúde não resolvidos são confrontados mediante atividades inter-setoriais nacionais e internacionais concertadas, aproveitando as oportunidades oferecidas por iniciativas como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e a renovação do movimento de assistência básica de saúde. No capítulo 6, as perspectivas de melhorar a saúde na Região são examinadas por um grupo de especialistas de renome internacional, que oferecem seus comentários sobre a “Agenda de Saúde para as Américas, 2008–2017”, adotada pelos governos da Região, e fornecem assessoria aos encarregados pelas políticas sobre como por em prática cada uma de suas oito áreas de ação.

* * *

Em síntese, o estado atual da saúde dos povos das Américas é um reflexo das interações e modificações no tamanho, composição, distribuição e comportamento da população; a dinâmica e as contínuas mudanças da natureza, incidência, e carga da morbidade, e, em grande medida, as constantes e freqüentemente espetaculares alterações do ambiente político, social, econômico e físico no qual os indivíduos, as nações e a Região em geral estão se desenvolvendo.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Situação da saúde nas Américas: Indicadores básicos, 2006. Washington, D.C.: OPAS; 2006.
2. Secretaria das Nações Unidas. Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais. World Population Prospects: The 2006 Revision. Nova Iorque: Nações Unidas; 2007.
3. Secretaria das Nações Unidas. Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais. World Population Prospects: The 2006 Revision. Nova Iorque: Nações Unidas; 2006.
4. Pruss-Ustun A, Corvalán C. Preventing diseases through healthy environments. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2006.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Situação da saúde nas Américas: Indicadores básicos. Publicação Anual desde 1996 a 2005. Washington, D.C.: OPAS; 2005.
6. Nações Unidas. Departamento de Informação Pública. Relatório do Painel Intergovernamental sobre a Mudança Climática. Nova Iorque, 2002. Disponível em: <http://www.un.org/News>.

7. Painel Intergovernamental sobre a Mudança Climática. Disponível em: <http://www.ipcc.ch>.
8. Roses Periago M. Health inequalities in the Americas: Addressing their social determinants to sustain governance. Apresentação na Universidade de Harvard, abril de 2005.
9. Cehelsky M. Building science, technology, and innovation capacity: Latin America and the Caribbean. American Association for the Advancement of Science. 32º Fórum Anual da AAAS sobre Política de Ciência e Tecnologia, Washington, D.C., maio, 2007.
10. Banco Mundial. World Development Indicators 2006. Washington, D.C., 2006.
11. Fundo das Nações Unidas para a Infância. The State of the World's Children 2007: Women and Children —The Double Dividend of Gender Equality. Nova Iorque, 2006, pág. 82.
12. Organização Pan-Americana da Saúde. Salud de los pueblos indígenas de las Américas. Documento CD47/13. Apresentado no 47º Conselho Diretor, Washington, D.C., 25 a 29 de setembro de 2006.
13. Fundo das Nações Unidas para a Infância. The State of the World's Children 2006. Excluded and Invisible. Nova Iorque, 2005, pág. 25.
14. Ibid, p. 69.
15. Comissão Econômica para América Latina e o Caribe. The Millennium Development Goals: A Latin American and Caribbean Perspective. Santiago: CEPAL; 2005.
16. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, e Bellagio: Child Survival Study Group. How many deaths can we prevent this year? *Lancet*. 2003;362:65.
17. Garrett L. The Challenge of Global Health. *Foreign Affairs*. janeiro-fevereiro 2007, p. 32.
18. Organização Pan-Americana da Saúde. Materna e Neonatal Health Annual Report. Washington, D.C., outubro 2005–setembro 2006, pág. 4.
19. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia Regional para a Redução da Mortalidade e a Morbilidade Materna, 26ª Conferência Sanitária Panamericana, Washington, D.C., 2002.
20. Organização Mundial da Saúde. World Health Statistics. Genebra: WHO; 2006.
21. Organização Pan-Americana da Saúde. Banco de dados da OPAS. Washington, D.C., 2006.
22. Organização Pan-Americana da Saúde. Regional Strategic Plan Framework, 2006-2015. Washington, D.C., 2007.
23. Banco Mundial. Priorities in Health. Disease Control Priorities Project. Washington, D.C., 2006, págs. 3–4.
24. Organização Mundial da Saúde. Facing the Facts: the Impact of Chronic Disease in the Americas. Genebra: OMS; 2005.
25. Organização Pan-Americana da Saúde, Basic Indicators 2006.
26. Organização Pan-Americana da Saúde. Health Situation and Trends in the Americas. Documento apresentado na reunião anual de Gerentes da OPAS, Airlie, Virginia, 14–19 de outubro de 2006.
27. Dunne WM Jr, Pinckard JK, Hooper LV. Clinical microbiology in the year 2025. *J Clin Microbiol*. 2002;40:3889–93.
28. Organização Pan-Americana da Saúde, Unidad de Gobernanza y Políticas. Salud del Adulto Mayor. Washington, D.C., 2003.
29. Banco Mundial. World Development Report 2007: Development and the Next Generation. Washington, D.C., 2006, págs. 123–124.
30. Eberwine D. Globesity: the crisis of growing proportions. *Perspect Health*. 2002;7(3).
31. Education is the key in treating diabetes (Educação é a chave do tratamento da diabete). 18 de dezembro de 2006. Disponível em: <http://www.presstelegram.com>.
32. Organização Mundial da Saúde. World Health Statistics 2006. Genebra, 2006, p. 11.
33. Banco Mundial. Priorities in Health. Disease Control Priorities Project. Washington, D.C., 2006, pág. 120.
34. Organização Pan-Americana da Saúde. Banco de dados de mortalidade. Washington, D.C., 2002.
35. Organização Mundial da Saúde. Fifty-fourth World Health Assembly Resolution Provisional agenda item 13.3. Global health security—epidemic alert and response, 2 de abril de 2001.
36. Calain P. Exploring the international arena of global public health surveillance. *Health Policy and Planning* 2007; 22: 9–10.
37. Calain P. From the field side of the binoculars: a different view on global public health surveillance. *Health Policy and Planning* 2007; 22:19.
38. UNAIDS, UNFPA, e UNIFEM. Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis. Nova Iorque, 2004.
39. UNAIDS/WHO. AIDS Epidemic Update. Genebra, dezembro de 2006.
40. Organização Pan-Americana da Saúde. 2006 Annual Report of the Director. Washington, D.C., 2006, pág. 18.
41. Organização Pan-Americana da Saúde. Comunicado de imprensa (versão para a Internet): Día Mundial del Sida 2006: Los números no dejan lugar a dudas. 1º de dezembro de 2006.
42. Zamiska N. Risk of Bird-Flu Pandemic Seen as “Permanent Threat”. *Wall Street Journal*. 16 de janeiro de 2007, pág. A12.
43. Nações Unidas. World Economic Situation and Prospects, 2006. Nova Iorque. 2006.
44. The Economist. Pandemic Influenza: One Step Closer. 18 de novembro de 2006, pág. 85.
45. Institutos Nacionais de Saúde dos Estados Unidos. News in Health. Washington, D.C., dezembro de 2006, págs. 1–2.
46. Banco Mundial. World Development Report 2004, Washington, D.C., 2004.

47. Escobar ML. Health Sector Reform in Colombia. Instituto del Banco Mundial. Reaching the Poor with Health Services. Washington, D.C., 2005, págs. 6–22.
48. Coady DP, Filmer DP, Gwatkin DR. PROGRESA for Progress. Instituto do Banco Mundial. Reaching the Poor with Health Services. Washington, D.C., 2005, págs. 10–12.
49. Rawlings LP. Do Social Funds Reach the Poor? Instituto do Banco Mundial. Reaching the Poor with Health Services. Washington, D.C., 2005, págs. 13–35.
50. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório sobre a situação dos recursos humanos em saúde. Washington, D.C., 2006.
51. Organização Pan-Americana da Saúde. Annual Report of the Director, 2006. Washington, D.C., 2006, págs. 8–9.
52. Banco Mundial. Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results. Washington, D.C., abril de 2007, pág. 11.