



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 42º CONSELHO DIRETOR 52ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., 25 a 29 de setembro de 2000

*Tema 4.2 da Agenda Provisória*

CD42/6 (Port.)

18 agosto 2000

ORIGINAL: INGLÊS

### SITUAÇÃO E TENDÊNCIA DA SAÚDE NAS AMÉRICAS

Este documento objetiva proporcionar informações sobre a situação da saúde nas Américas a fim de apoiar o desenvolvimento continuado da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e dos programas e atividades de estratégias múltiplas dos países para melhorar a saúde dos habitantes da Região. O mesmo vem apoiado por diferentes dados obtidos através da Iniciativa de Dados Básicos de Saúde/Perfil de País da OPAS e análises sanitárias nacionais. O trabalho da OPAS foi uniformizado pelos conceitos de equidade e pan-americanismo os quais fornecem a maior parte do direcionamento e do enfoque de sua cooperação técnica.

Existe uma necessidade premente para melhorar as informações empíricas sobre a saúde pública que sirvam para facilitar a avaliação periódica da situação da saúde e a análise das tendências de todos os segmentos populacionais e níveis geográficos e não somente das médias nacionais. É essencial poder-se dispor de dados nacionais desagregados geograficamente para se detectar as disparidades e direcionar os recursos para eliminar aquelas brechas que poderiam ser descritas como injustas.

A Organização está empenhada em trabalhar para a consolidação dos sistemas de informações sanitárias e plataformas de comunicação nos Estados Membros. Esta estratégia ajudará a documentar o impacto das intervenções sanitárias e a reduzir as disparidades no campo da saúde que são uma característica tão própria do cenário da saúde da Região.

Solicita-se ao Conselho Diretor que examine o documento e que ofereça seus comentários para ajudar a Organização na consolidação da Iniciativa de Dados Sanitários Básicos/Perfil de País.

## ÍNDICE

|  | <i>Página</i> |
|--|---------------|
| 1. Introdução.....                               | 3             |
| 2. Tendências demográficas e de urbanização..... | 3             |
| 3. Polarização sanitária e epidemiológica .....  | 6             |
| 4. Resposta da OPAS .....                        | 8             |

## **1. Introdução**

O principal objetivo deste documento é proporcionar informações sobre a situação da saúde nas Américas a fim de apoiar o desenvolvimento continuado da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e dos programas e atividades de múltiplas estratégias dos países para melhorar a saúde dos habitantes da Região.

O trabalho da OPAS foi harmonizado pelos conceitos de equidade e de pan-americanismo, os quais forneceram a maior parte para o direcionamento e o enfoque de sua cooperação técnica. O principal objetivo da OPAS é colaborar com os Estados Membros em seus esforços para reduzir as injustiças no campo da saúde. A integração da saúde na agenda social e econômica para todos os segmentos populacionais é a principal premissa para o desenvolvimento nacional e regional. Dados de saúde confiáveis representam um pré-requisito essencial para todos esses enfoques.

Este documento apresenta uma sinopse sobre a situação e as tendências da saúde nas Américas e vem acompanhado de dados básicos proporcionados pela Iniciativa de Dados Sanitários Básicos/Perfil de País da OPAS e de análises nacionais sobre saúde. O documento foi organizado em três seções: a) tendências demográficas e de urbanização; b) situação da saúde e polarização epidemiológica e c) resposta da OPAS para fortalecer as informações sanitárias básicas nacionais e as iniciativas de análise da situação.

## **2. Tendências demográficas e de urbanização**

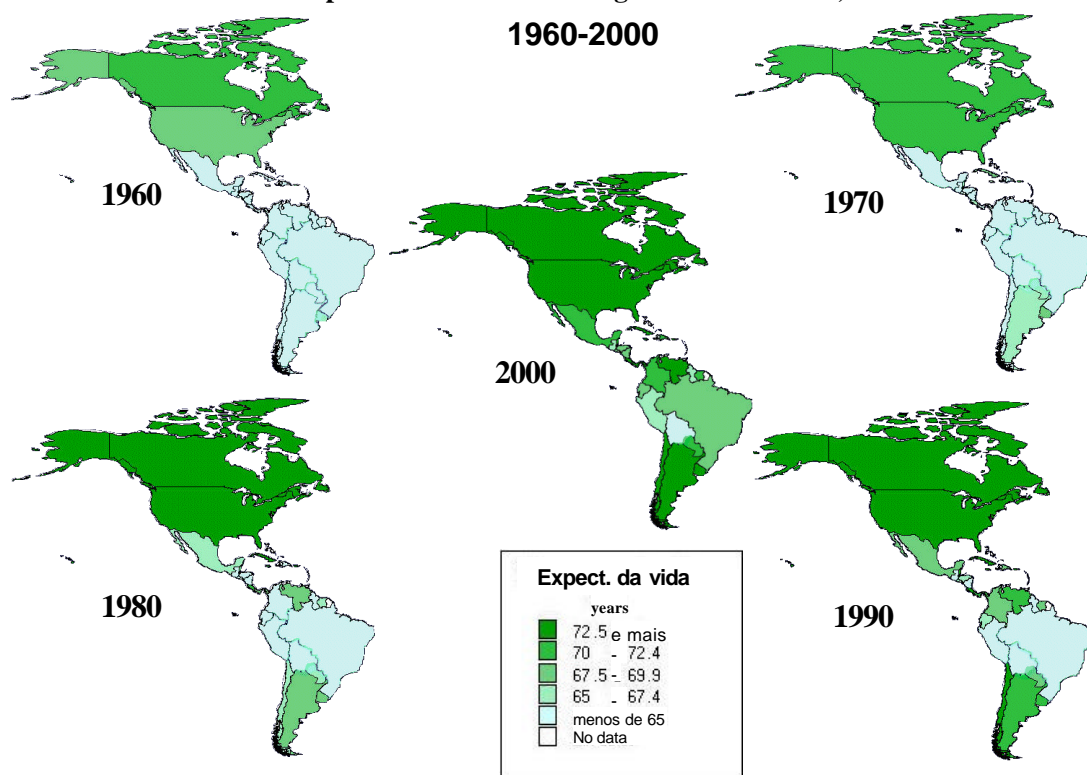
Durante a última parte do século XX, a Região das Américas passou por uma transição demográfica importante. A redução dos índices de mortalidade durante os últimos 30 anos levou os demógrafos a utilizar o termo "transição demográfica". Em 1950 a população das Américas era de 331 milhões de habitantes. Em 1999, essa população estava estimada em 823 milhões, representando quase 14% da população mundial. Cerca de uma terça parte dessa população vive nos Estados Unidos da América, enquanto que outro terço encontra-se em outros dois países: México e Brasil. O terço restante acha-se espalhado por 45 países e territórios da Região.

A transição demográfica nas Américas, especialmente na América Latina e nos países do Caribe, começou com o redução da mortalidade infantil. Entre os períodos 1980-1996 e 1990-1996 a maioria dos países conseguiu reduzir pela metade a taxa de mortalidade por doenças infecciosas entre as crianças de 0 a 1 ano de idade.

Entre 1995 e 1999, a média da expectativa de vida ao nascer na América Latina era de 70 anos, a meta estabelecida para o final do século na Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000. A figura 1 apresenta as mudanças na tendência da expectativa de vida na Região entre 1960 e 2000. No entanto, existe uma grande diversidade entre os países e dentro de cada um deles. A variação na Região vai de 54,1 a 79,2 anos. Entre os países dos dois extremos da Região há uma diferença de mais de 25 anos. Em muitos países, as taxas subnacionais são uma disparidade maior, refletindo diferenças substanciais no risco absoluto de morrer prematuramente.

**Figura 1**

**Tendências da expectativa da vida na Região das Américas, 1960 a 2000**



Entre 1950-1955 e 1995-2000, a diferença de expectativa de vida entre homens e mulheres aumentou de 3,3 para 5,7 anos na América Latina, de 2,7 para 5,2 anos nos países caribenhos e de 5,7 para 6,6 na América do Norte. Esta mudança no perfil demográfico resultou em mais anos de vida para a população em geral, com o aumento concomitante de doenças crônicas e degenerativas e de incapacidades, sendo as mulheres, freqüentemente, as mais afetadas.

O nível de crescimento populacional, combinado com as diferentes taxas de mortalidade e de fertilidade, caracteriza a transição demográfica nas Américas. Utilizaram-se quatro tipologias para identificar o nível dessa transição nos países correspondentes:

- *Grupo 1.* Transição incipiente (índice de nascimentos alto, mortalidade alta, crescimento natural moderado (2,5%): Bolívia e Haiti.
- *Grupo 2.* Transição moderada (índice de nascimentos alto, mortalidade moderada, crescimento natural alto (3,0%): El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Paraguai.
- *Grupo 3.* Transição plena (índice de nascimentos moderado, mortalidade moderada ou baixa, crescimento natural moderado (2,0%): Brasil, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Equador, Guiana, México, Panamá, Peru, Suriname, Trinidad e Tobago e Venezuela.
- *Grupo 4.* Transição avançada (índice de nascimentos e de mortalidade moderado ou baixo, crescimento natural baixo (1,0%): Argentina, Bahamas, Barbados, Canadá, Chile, Cuba, Jamaica, Martinica, Porto Rico, Estados Unidos e Uruguai.

Ficou claro que as médias não contam toda a história; as medidas de distribuição da mortalidade e os indicadores da morbidade vêm se tornando, portanto, mais comuns. Segue-se um exemplo de um trabalho nesse sentido o qual envolve o emprego de Coeficientes de Gini<sup>1</sup>.

As figuras 2a e 2b mostram os Coeficientes de Gini referentes a dois países com níveis de transição demográfica diferentes (transição moderada e adiantada). De acordo com as medidas correspondentes do Coeficiente de Gini, em um país que tenha atualmente uma transição demográfica moderada, o grau de iniquidade na mortalidade infantil é mais do que o dobro do que o é em um país com transição demográfica plena. É importante observar as diferenças acentuadas na magnitude das iniquidades entre as populações latino-americanas que se encontram no mesmo estágio de transição demográfica.

---

1. O Coeficiente de Gini baseia-se na curva de Lorenz, uma representação gráfica de uma variável com sua distribuição uniforme (i.e., situação de igualdade) na população. Uma linha diagonal representa essa distribuição uniforme. Quanto maior a distância entre a curva de Lorenz e a linha diagonal, maior a desigualdade. Os possíveis valores do Coeficiente de Gini vão de zero a um. Em condições de igualdade perfeita o indicador seria igual a zero.

As figuras 3a e 3b mostram os níveis de iniquidades na mortalidade infantil ajustados para as diferenças socioeconômicas, medidos pelo Índice de Concentração<sup>2</sup>, usando dois países com o mesmo nível de transição demográfica (pleno). A magnitude das iniquidades na mortalidade infantil é quase que três vezes maior em um país do que o é no outro, o que leva a supor que apesar das semelhanças na transição demográfica, é possível que haja diferenças importantes relacionadas com seus respectivos processos socioeconômicos e polarização epidemiológica.

Para o ano 2000, estima-se que a média regional da população urbana regional seja de 76,0%. Entretanto, a média para o Cone Sul é de 85,3% e para a América Central de 48,3%. As figuras 4 e 5 ilustram a distribuição da população urbana da Região por unidades geográficas subnacionais, variando de 11% a 99%. O crescimento da urbanização nas Américas tem tido implicações sanitárias importantes no sentido de que aumentou os riscos absolutos de problemas sociais significativos, tais como a violência e os acidentes.

### **3. Polarização sanitária e epidemiológica**

A maioria das análises sobre a situação da saúde dos países das Américas têm dado destaque ao progresso espetacular ocorrido durante o século XX retardando a morte e aumentando a duração da vida saudável de alguns segmentos populacionais. Por outro lado, essas análises salientaram as grandes disparidades que ainda existem entre a média da expectativa de vida nacional, vis-à-vis a dos grupos menos favorecidos. Embora se tenham alcançado grandes progressos no controle das doenças contagiosas e parasíticas, estas continuam sendo importantes causas de mortalidade, com índices semelhantes à das doenças não contagiosas.

Próximo ao fim do século XX, as taxas de mortalidade caíram em quase todos os países das Américas. Em quatro décadas foram acrescentados 18 anos à longevidade na América Latina. No entanto, desenvolveu-se na Região um padrão de mortalidade sem igual que reflete uma polarização epidemiológica. Esta polarização epidemiológica caracteriza-se por uma coexistência prolongada de dois padrões de mortalidade; um, típico de sociedades desenvolvidas (doenças crônicas e degenerativas) e o outro, de condições precárias de vida em sociedade (doenças infecciosas e parasitárias) combinados com taxas elevadas de mortalidade por acidente e por violência. A contribuição relativa das doenças crônicas para

---

2. O Índice de Concentração mede até que ponto certas variáveis do estado de saúde, distribuídas desigualmente pelos quintis classificados por uma variável socioeconômica. Os valores variam entre -1 e +1. Quanto mais próximo de zero for o índice para qualquer indicador de saúde, menos concentrada a desigualdade de riqueza para aquele indicador.

os padrões de mortalidade é tão importante quanto a das doenças contagiosas. Essa polarização acha-se refletida na estrutura das causas de morte apresentadas nas figuras 6a, 6b e 7. Esse perfil indica a persistência de grandes hiatos entre diferentes grupos sociais e áreas dentro dos países. Nem todos os subgrupos alcançaram pleno acesso à saúde e condições de vida adequadas, necessários para suportar as variações acentuadas das causas de morte. As brechas cada vez maiores na renda e as iniquidades sociais ainda causam preocupação por causa do efeito que têm na dilatação dos diferenciais de mortalidade na Região.

Aplicando as médias nacionais, observa-se que entre 1980 e 1999 houve uma diminuição dos anos de vida potencial perdidos (AVPP) na Região. Embora parte desta mudança possa ser atribuída ao envelhecimento da população, a causa principal foi a diminuição da mortalidade nos primeiros anos de vida. Entretanto, a intensidade e a velocidade desse declínio não foram as mesmas em todos os países, nem sequer dentro de áreas diferentes do mesmo país.

As iniquidades no risco de adoecer ou de morrer prematuramente se correlacionam com as iniquidades na distribuição dos recursos. Por exemplo, as taxas de mortalidade infantil variam de país para país e dentro de dado país. Este fenômeno, no nível subnacional, acha-se ilustrado claramente na figura 8 que mostra uma variação de 3,7 a 133 por 1.000 nascimentos vivos. Em vários países com nível de renda relativamente alto, este indicador vai de 13,4 a 109,8 por 1.000 nascimentos vivos, no nível subnacional. A inclusão de uma desagregação subnacional de informações passa a ser, portanto, muito importante e bastante relevante já que, como foi dito anteriormente, as médias nacionais dos indicadores sanitários não refletem a heterogeneidade existente na distribuição da freqüência dos indicadores sanitários dentro de determinado país. As iniquidades regionais e nacionais observadas na saúde se duplicam com maior intensidade nos níveis subnacionais e locais.

Nas Américas, as doenças não contagiosas foram responsáveis por 49,7% da mortalidade da população adulta, enquanto que as causas externas foram responsáveis por 13,8% das mortes. De acordo com informações dadas por muitos países, no período de 1990-1995, 89% das vítimas de homicídio eram do sexo masculino. Isto representou um aumento de 65% em comparação com os níveis de 1980-1985 para os homens; para as mulheres o aumento foi de 30%. Em todas as subregiões, entre 1980 e 1996, o número de mortes devidas a acidentes por veículos motorizados foi quase três vezes maior para homens do que para mulheres.

Para formular as políticas de saúde, dever-se-iam empregar as informações de diferentes segmentos populacionais e não somente as médias nacionais. Além disso, para a

análise de informações sobre saúde é necessário que se mantenha uma energia sustentada. Há uma necessidade premente informações públicas empíricas que facilitem a avaliação periódica da situação de saúde e da análise das tendências dos segmentos populacionais e níveis regionais e não somente das médias nacionais.

#### **4. Resposta da OPAS**

Uma das responsabilidades básicas da Organização é facilitar a coleta e a divulgação de informações sanitárias e, nesta área, a OPAS tem uma longa e frutífera história de envolvimento nos Estados Membros. Em 1955 a OPAS lançou sua Iniciativa Regional de Dados Sanitários Básicos/Perfil de País que procurou utilizar a tecnologia moderna e sistematizar a coleta, a análise e a divulgação dos dados de saúde essenciais. A disponibilidade de dados nacionais geograficamente desagregados é essencial para detectar disparidades e para direcionar os recursos com vistas a eliminar aqueles hiatos que possam ser descritos como iniquidades.

A OPAS tem a satisfação de ver os progressos que, a esse respeito, se alcançaram nas Américas. Dezoito ministérios de saúde estabeleceram sistemas para a coleta, a análise e a publicação de dados básicos em formato relativamente uniforme. Este é um feito digno de nota.

Agora, a Organização vê-se diante do desafio de continuar a melhorar a comparabilidade, a validade e a confiabilidade das informações sanitárias para identificar e quantificar as desigualdades que afetam certos segmentos da sociedade de modo desproporcional ao mesmo tempo que reconhece fatores importantes que determinam as desigualdades sanitárias. A OPAS vem colaborando com autoridades sanitárias nacionais, instituições acadêmicas e segmentos da sociedade civil para continuar aprimorando os instrumentos metodológicos e operacionais para avaliações subnacionais e locais assim como para a seleção de indicadores e índices adequados e úteis. Tem-se dado ênfase a instrumentos e índices básicos práticos e úteis que possam ser utilizados e criados a nível nacional.

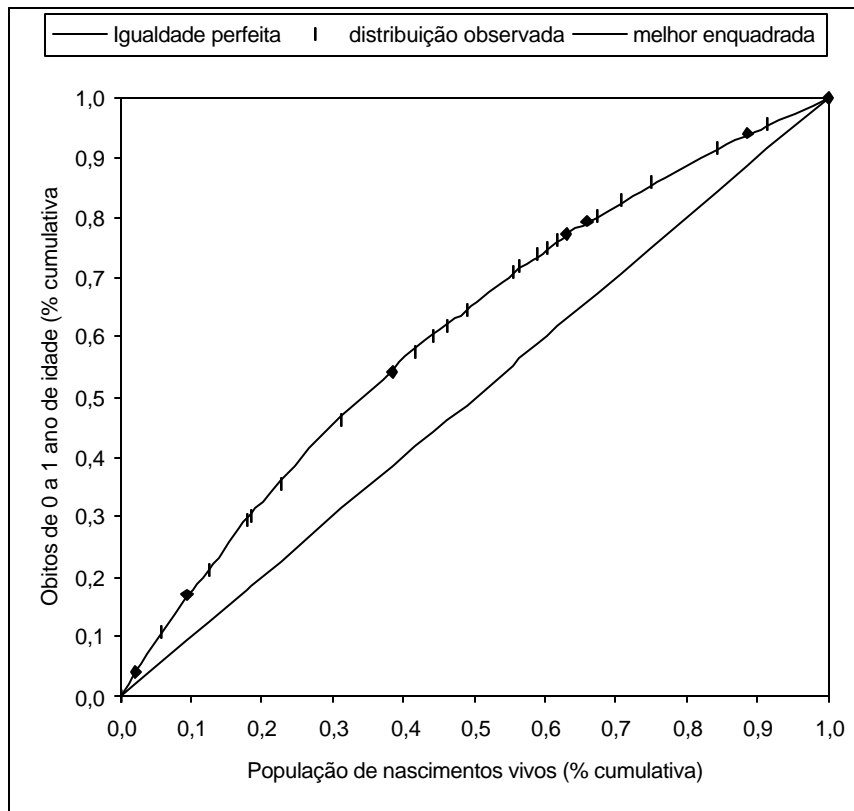
A Organização está empenhada em trabalhar para a consolidação de sistemas de informação sanitária e plataformas de comunicação nos Estados Membros. Esta estratégia ajudará a documentar o impacto das intervenções sanitárias na redução das disparidades em saúde que são características tão comuns do cenário sanitário desta Região.

## Figura 2: Desigualdades na mortalidade infantil

**Figura 2a:**

Desigualdades na mortalidade infantil: Curva de Lorenz e Coeficiente de Gini. Distribuição cumulativa de mortes de 0 a 1 ano de idade entre a população cumulativa de nascimentos vivos, classificada pela magnitude da taxa de mortalidade infantil. Moderada (Fase II) País de transição demográfica selecionado, 1998.

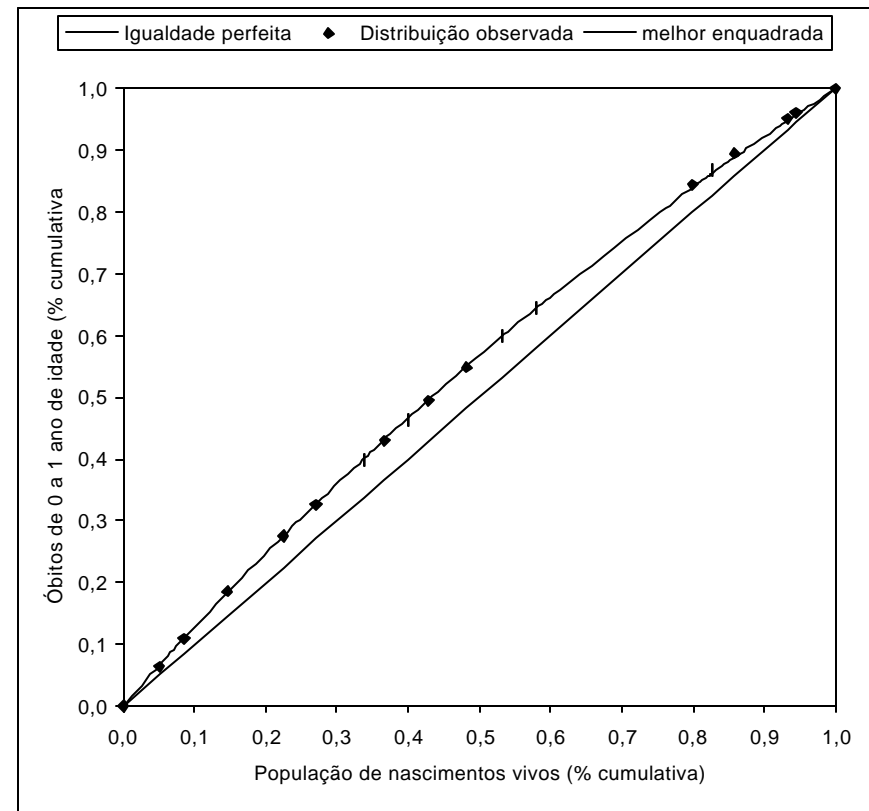
Coeficiente de Gini=0,216



**Figura 2b**

Desigualdades na mortalidade infantil: Curva de Lorenz e Coeficiente de Gini. Distribuição cumulativa de óbitos de crianças de 0 a 1 ano de idade entre a população cumulativa de nascimentos vivos, classificada por magnitude da taxa de mortalidade infantil. Completa (Fase IV) País de transição demográfica selecionado, 1997.

Coeficiente de Gini=0,090



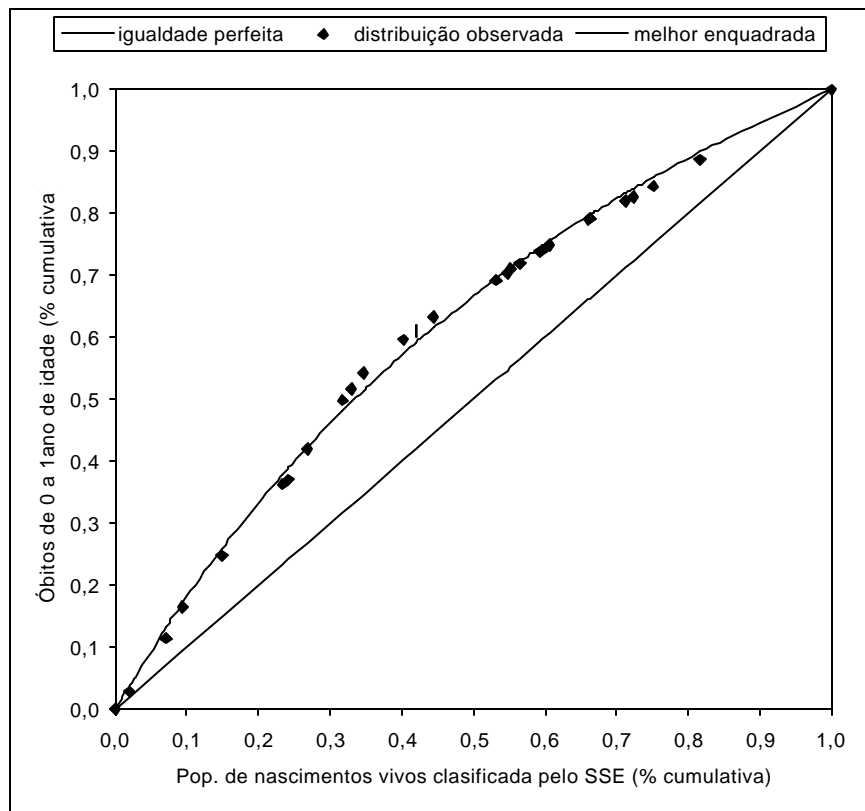
### Figura 3: Desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil

**Figura 3a:**

Desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil: Curva de Concentração e Índice. Distribuição cumulativa de óbitos de crianças de 0 a 1 ano de idade entre a população cumulativa de nascimentos vivos, classificada por situação socioeconômica (SSE), de acordo com a proporção de domicílios abaixo da linha nacional de pobreza. Adiantada (Fase III)

País de transição demográfica selecionado, 1997.

Índice de concentração = -0,228

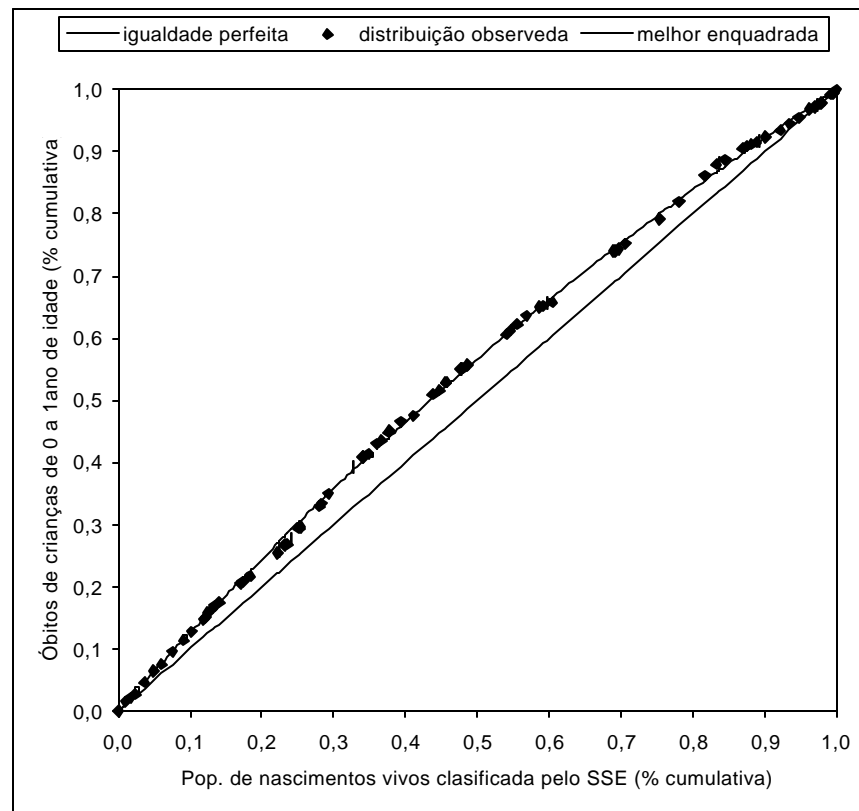


**Figura 3b:**

Desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil: Curva de Concentração e Índice. Distribuição cumulativa de óbitos de crianças de 0 a 1 ano de idade entre a população cumulativa de nascimentos vivos, classificada por situação socioeconômica (SSE), de acordo com a magnitude do Índice Nacional de Desenvolvimento Social. Adiantado (Fase III)

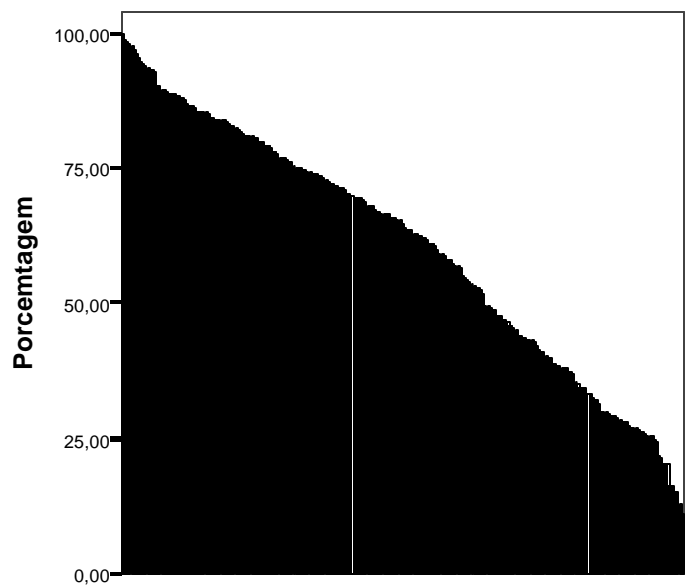
País de transição demográfica selecionado, 1999.

Índice de concentração = -0,088



**Figura 4:**

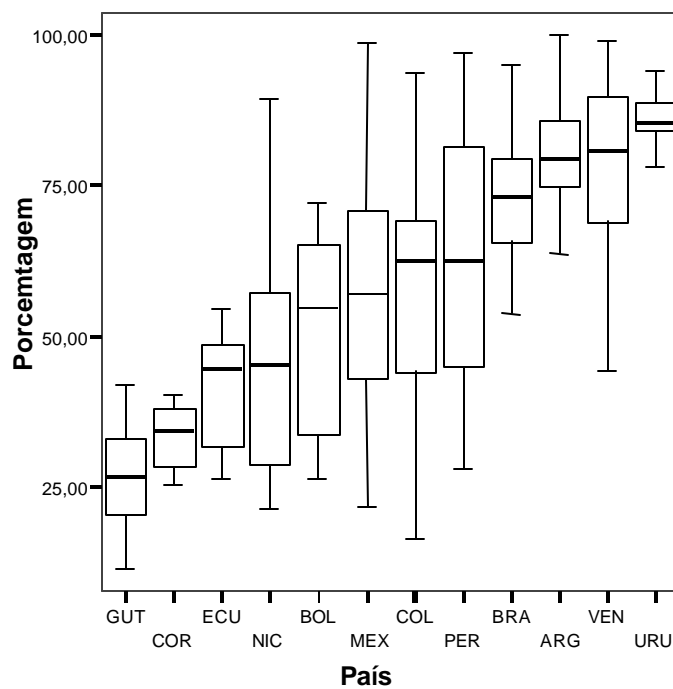
**População urbana nas Américas. 1995-2000.**  
**Distribuição por unidades subnacionais, em 12 países.**

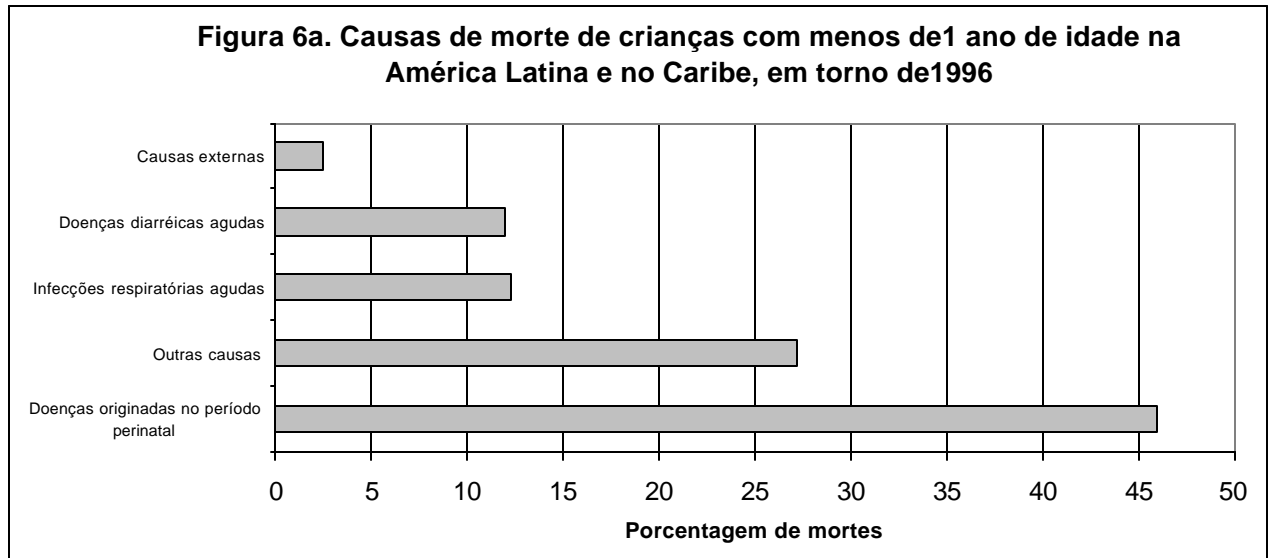


**Unidades geográficas subnacionais (n=250)**

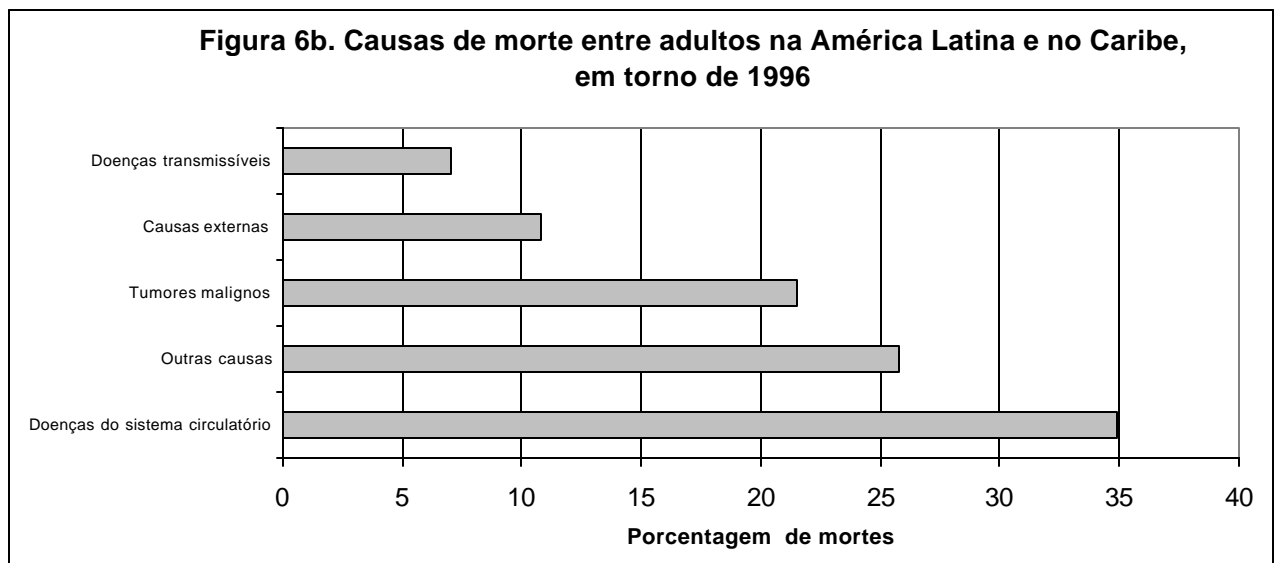
**Figura 5:**

**População urbana nas Américas, 1995-2000.**  
**Distribuição por país, por unidades subnacio.**





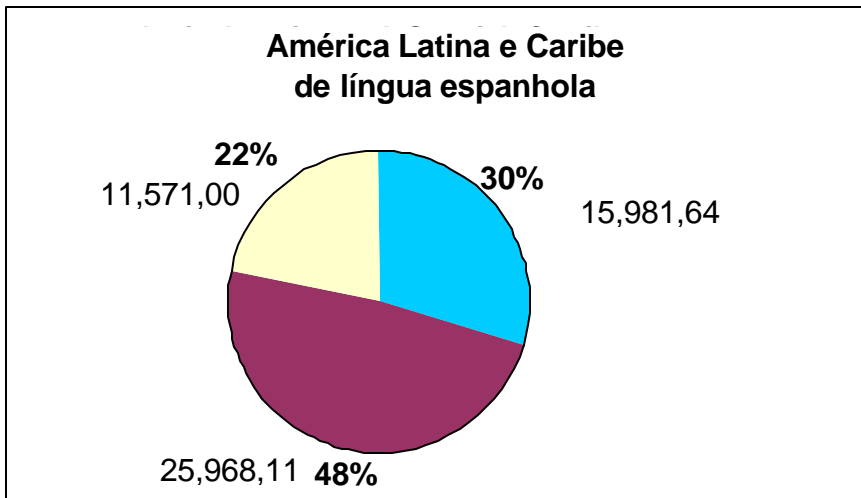
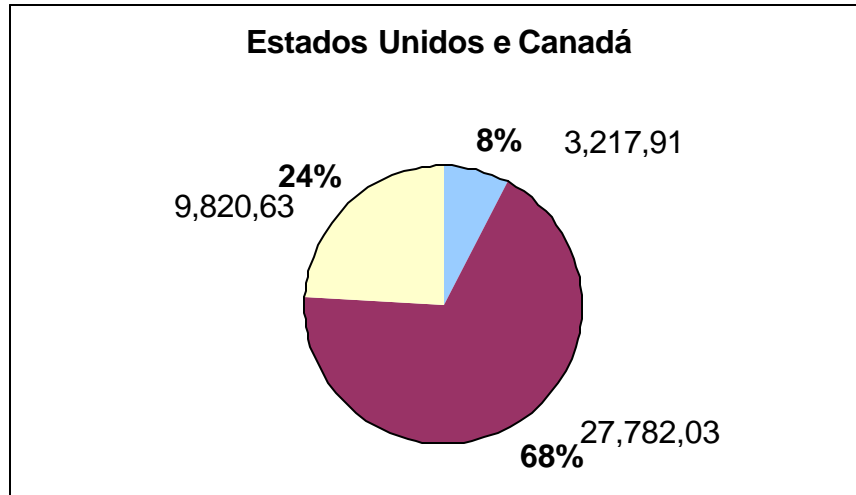
Fonte: Programa Especial para Análise Sanitária, Programa de Informações Técnicas sobre Mortalidade






Fonte: Programa Especial para Análise Sanitária, Programa de Informações Técnicas sobre Mortalidade

Figure 7

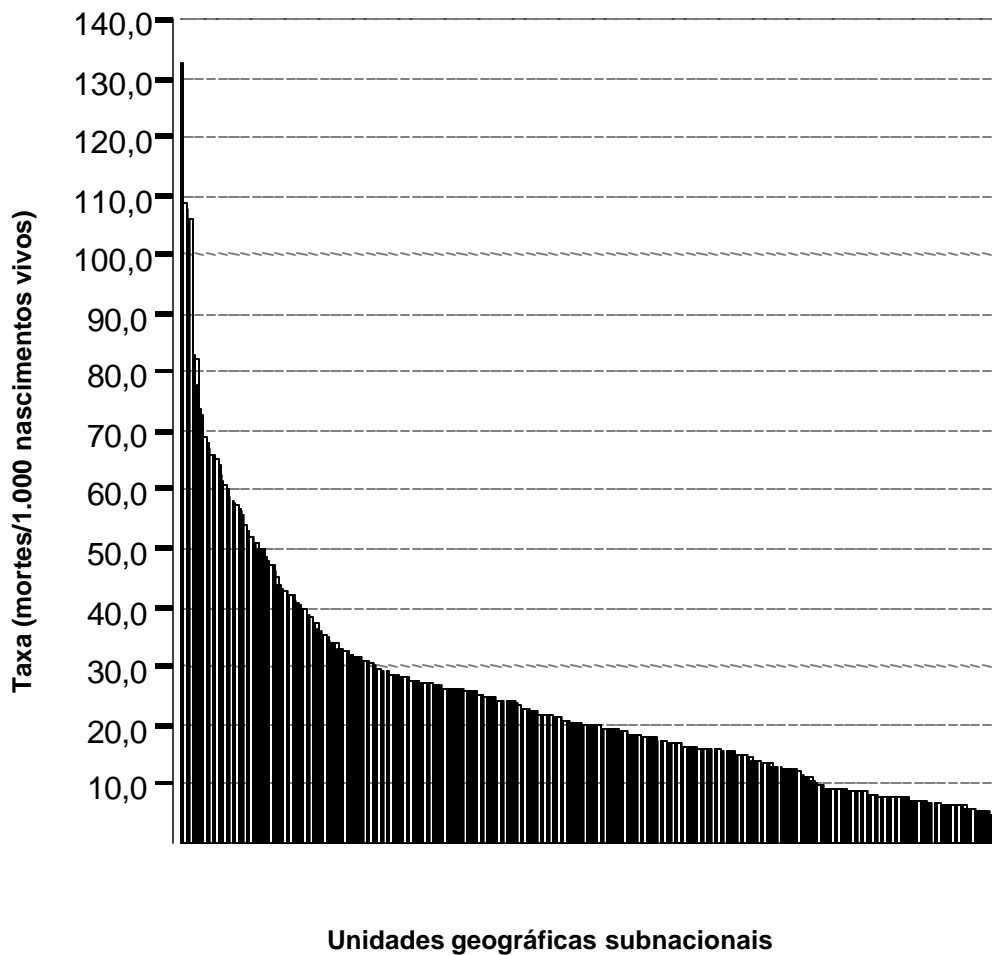
Anos de vida potencial perdidos por causas variadas,  
por área, para o último ano disponível por volta de 1995.



-  Doenças transmissíveis e maternas e afecções perinatais
-  Doenças não transmissíveis
-  Lesões por causas externas e envenenamento

**Figura 8**

**Índices de mortalidade infantil em 18 países das Américas, 1995-1998.  
Padrão de distribuição de 363 unidades geográficas subnacionais.**



Incluído estão os seguintes países: Argentina, Belize, Bolívia, Brasil, Canada, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, Estados Unidos da América, Guatemala, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela.