

Edição de 2017

# Saúde nas Américas+

Resumo do panorama regional e perfil do Brasil



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

Edição de 2017

# Saúde nas Américas+

Resumo do panorama regional e perfil do Brasil



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

Washington, D.C.  
2017

*Saúde nas Américas+*, Edição de 2017. *Resumo do panorama regional e perfil do Brasil*. ISBN: 978-92-75-71967-1

© **Organização Pan-Americana da Saúde 2017**

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estão disponíveis em seu *website* em ([www.paho.org](http://www.paho.org)). As solicitações de autorização para reproduzir ou traduzir, integralmente ou em parte, alguma de suas publicações deverão ser dirigidas ao Programa de Publicações através de seu *website* ([www.paho.org/permissions](http://www.paho.org/permissions)).

**Citação sugerida.** Organização Pan-Americana da Saúde. *Saúde nas Américas+*, Edição de 2017. *Resumo do panorama regional e perfil do Brasil*. Washington, D.C.: OPAS; 2017

**Dados da catalogação na fonte (CIP).** Os dados da CIP estão disponíveis em <http://iris.paho.org>.

As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde contam com a proteção de direitos autorais segundo os dispositivos do Protocolo 2 da Convenção Universal de Direitos Autorais.

As designações empregadas e a apresentação do material na presente publicação não implicam a expressão de uma opinião por parte da Organização Pan-Americana da Saúde no que se refere à situação de um país, território, cidade ou área ou de suas autoridades ou no que se refere à delimitação de seus limites ou fronteiras.

A menção de companhias específicas ou dos produtos de determinados fabricantes não significa que sejam apoiados ou recomendados pela Organização Pan-Americana da Saúde em detrimento de outros de natureza semelhante que não tenham sido mencionados. Salvo erros e omissões, o nome dos produtos patenteados é distinguido pela inicial maiúscula.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela Organização Pan-Americana da Saúde para confirmar as informações contidas na presente publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem garantias de qualquer tipo, sejam elas explícitas ou implícitas. A responsabilidade pela interpretação e uso do material cabe ao leitor. Em nenhuma hipótese a Organização Pan-Americana da Saúde deverá ser responsabilizada por danos resultantes do uso do referido material.

Nesta segunda versão impressa, foram corrigidos os erros tipográficos e problemas de formatação detectados após a impressão inicial.

# SUMÁRIO

<b>PRÓLOGO</b> .....	<b>iii</b>
<b>PREFÁCIO</b> .....	<b>v</b>
<b>NOTA AOS LEITORES</b> .....	<b>vii</b>
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>viii</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>PANORAMA REGIONAL</b> .....	<b>3</b>
Saúde universal.....	5
Principais problemas e desafios para a saúde.....	11
Panorama regional da saúde nas Américas.....	17
Panorama futuro da saúde na Região.....	35
Conclusões.....	41
Referências.....	43
<b>PERFIL DO BRASIL</b> .....	<b>53</b>



# PRÓLOGO

A saúde não é apenas um direito indispensável, mas também uma das condições para que possamos gozar plenamente de outros direitos. A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável reflete esse conceito ao propor uma visão universal, integrada e indivisível que expressa claramente a natureza interconectada da saúde humana e do bem-estar com o crescimento econômico e a sustentabilidade ambiental. Essa ambiciosa Agenda definirá o curso das políticas públicas nas próximas décadas, e a realização dos seus objetivos exigirá mais abordagens colaborativas para fazer frente às desigualdades nas dimensões sociais, ambientais e econômicas do desenvolvimento da Região, incluindo uma visão intergeracional clara.

Este *Saúde nas Américas+*, o mais recente relatório quinquenal publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), abrangendo os anos de 2012 a 2017, discute a situação, os determinantes e as tendências da saúde na Região das Américas. Há muito a comemorar com esta edição do *Saúde nas Américas*. No período de 2012 a 2017, atingiu-se o ponto culminante dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e, nesse contexto, a América Latina e o Caribe fizeram avanços importantes contra a pobreza e a miséria, a fome e a mortalidade de lactentes e crianças. As pessoas da Região estão vivendo uma vida mais longa e mais saudável. Conforme destacado neste relatório, a mortalidade decorrente das doenças não transmissíveis diminuiu, assim como a incidência de certas doenças transmissíveis, como a tuberculose e a AIDS. Além disso, aumentou a porcentagem das despesas com a saúde pública no produto interno bruto (PIB).

Mas os desafios ainda persistem.

Entre eles, destacam-se as profundas disparidades de saúde que afligem a região. Muitos indivíduos na América Latina e no Caribe carecem de acesso à atenção básica à saúde. As desigualdades nos resultados de saúde estão presentes desde o princípio da vida e são moldadas pela interseção de características como condição socioeconômica, gênero, raça, etnia e local de residência. Como afirmado pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), essas desigualdades na saúde vão se acumulando ao longo da vida e impedem o pleno gozo dos direitos e a plena participação em todas as esferas da sociedade. Ademais, têm sérias implicações para a transmissão intergeracional do bem-estar às futuras gerações.

É bem verdade que os ganhos amplos e notáveis na saúde obtidos pela Região nos últimos tempos ocorreram em uma conjuntura econômica favorável, em que os Estados Membros se comprometeram a combater a pobreza e reduzir as desigualdades. No contexto atual de desaceleração econômica, é de importância fundamental para os governos da América Latina e do Caribe reforçar seu compromisso com a cobertura universal de saúde, um passo crucial para construir sistemas de proteção social a partir de uma perspectiva baseada em direitos. Além disso, é preciso realizar progressos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e promover um enfoque integrado e holístico da saúde, a fim de criar relações sinérgicas positivas com outras dimensões do bem-estar.

Muitos países da Região enfrentam ainda pressões sobre a saúde associadas a um envelhecimento cada vez mais rápido da população — com o aumento concomitante das doenças crônicas não transmissíveis — e o desafio persistente das doenças infecciosas que surgem e ressurgem, como a zika e a dengue. Outro desafio é fazer frente ao impacto imprevisível, porém muitas vezes devastador, da mudança climática, inclusive com o aumento dos desastres naturais, sobre a morbidade e a mortalidade, especialmente entre os pobres, os jovens, os idosos e as mulheres.

Mas também há oportunidades em meio a esses desafios. O campo da tecnologia, em constante evolução, continuará a revolucionar a área da saúde, começando pela gestão e infraestrutura, de modo a integrar novos produtos e mecanismos para melhorar o atendimento. Esses avanços tecnológicos podem resultar em melhorias na saúde, mesmo no contexto do crescimento econômico lento ou estagnado. Embora essa evolução da tecnologia certamente tenha potencial tanto para melhorar a saúde e a qualidade de vida da população como para resolver o problema da desigualdade, é preciso ter cuidado para não agravar inadvertidamente as desigualdades na saúde, pois alguns segmentos da população conseguem aproveitar seus benefícios enquanto outros são deixados à margem.

Ao fazermos a transição para a nova agenda de desenvolvimento, também temos a oportunidade de aprender com a experiência dos ODM, que proporciona valiosas lições para melhorarmos a saúde das populações. Entre elas, destacam-se a necessidade de melhorar a coordenação entre as entidades do setor público na implementação e no acompanhamento dos objetivos de desenvolvimento relacionados à saúde, a necessidade de definir metas e indicadores precisos que respondam às realidades regionais e nacionais, e a necessidade de melhorar as fontes de dados para obtenção de estatísticas de alta qualidade, periódicas e desagregadas. Esses dados nos permitirão ir além das médias regionais e nacionais para, assim, identificar e suprir as necessidades dos que estão sendo deixados para trás, no espírito da Agenda de 2030.

Os povos das Américas são seu recurso mais valioso. É essencial promover e proteger a saúde desses povos para avançar rumo a sociedades mais equitativas e produtivas. Acredito que, para cumprir a Agenda de 2030 e garantir o pleno gozo dos direitos, sobretudo nestes tempos incertos, serão necessários novos pactos, coalizões e alianças, tanto dentro dos nossos países como entre eles, para que possamos, juntos, construir o futuro inclusivo, justo e sustentável ao qual aspiramos.

**Alicia Bárcena**, *Secretária-Executiva*  
Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

# PREFÁCIO

Desde o seu lançamento, há 61 anos, o relatório *Saúde nas Américas* tem sido reconhecido como o carro-chefe entre as publicações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). É um documento singular que preenche um nicho especial em termos de fonte de informações sobre os principais avanços, desafios e tendências na saúde na Região das Américas.

Historicamente, *Saúde nas Américas* surgiu em resposta a um mandato do 7º Conselho Diretor da OPAS em 1953, por meio do qual os Estados Membros solicitavam ao Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana (a secretaria da OPAS) que elaborasse um relatório periódico sobre a situação da saúde regional. Desde a edição pioneira em 1956, foi publicado 15 vezes.

Esta mais recente edição reflete grandes inovações na amplitude e elaboração de *Saúde nas Américas*. Expandimos o tradicional foco epidemiológico da publicação de modo a incluir uma nova dimensão prospectiva, que apresenta cenários construídos com base em tendências históricas e ocorrências previstas. Indo além de simplesmente observar, descrever e explicar eventos do passado ou do presente, esta edição dá um passo à frente para prever o futuro da saúde na Região.

Pela primeira vez, a edição impressa da publicação — que historicamente capturava um instante no tempo — é complementada por uma plataforma interativa, *Saúde nas Américas+*, a ser atualizada regularmente com dados e conteúdos novos à medida que estiverem disponíveis. Com isso, os Estados Membros poderão acessar e contribuir com informações oportunas, bem como compartilhar análises e reflexões sobre os seus avanços rumo à saúde universal.

Outra novidade no preparo desta edição foi a contribuição de diversas partes envolvidas na saúde em nível nacional, o que enriqueceu e aprofundou o conteúdo do relatório. Fóruns especiais foram convocados pelas representações da OPAS para que as partes interessadas pudessem contribuir de maneira ampla. Por último, mas não menos importante, a publicação contou com a contribuição e a análise crítica de uma equipe de revisores externos e de um grupo de assessoria técnica especializada.

*Saúde nas Américas+ 2017* chega em um momento em que o mundo assume um compromisso com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, um conjunto de 17 objetivos ambiciosos e visionários que visam o desenvolvimento sustentável. Embora os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável representem o novo caminho a ser seguido, é inegável que os países das Américas obtiveram avanços sem precedentes na busca pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio entre 2000 e 2015. *Saúde nas Américas+ 2017* destaca como a Região como um todo e os países que a integram conseguiram, de forma constante, ampliar a cobertura e o acesso aos serviços de saúde, aumentar a expectativa de vida e reduzir o problema das desigualdades. A redução da mortalidade de lactentes e crianças menores de 5 anos e da carga das doenças infecciosas é um dos êxitos detalhados nesta nova edição.

Talvez nossa mais importante conquista tenha sido ampliar o entendimento relativo às lacunas que ainda restam na saúde e aos obstáculos específicos que precisam ser superados para alcançarmos nosso objetivo maior: a saúde universal.

Estamos perfeitamente cientes, por exemplo, de que não será possível alcançar a saúde universal se os sistemas de saúde continuarem a ser fragmentados e segmentados e enquanto as pessoas se virem obrigadas a comprar serviços para suprirem suas necessidades de saúde. Além disso, nossas análises indicam a necessidade de aumentar os investimentos públicos em saúde. Também é crucial que o setor privado, o meio acadêmico, a sociedade civil e as comunidades contribuam investindo e coadministrando as ações e boas práticas para que ninguém seja deixado para trás.

Nossa Região é muito heterogênea em termos de tendências epidemiológicas, e notamos que muitos países arcam com a dupla carga das doenças transmissíveis e não transmissíveis. As doenças não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, doenças mentais e transtornos neurológicos e decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, são as principais causas de adoecimento, deficiências e mortes na maioria dos nossos países, ao lado da violência e dos acidentes. Muitas intervenções eficazes estão disponíveis, porém elas não estão acessíveis a todos. Assim, é preciso enfrentar essas iniquidades.

As doenças transmissíveis, inclusive as emergentes e reemergentes, são uma ameaça constante para toda a Região. A implementação do Regulamento Sanitário Internacional está avançando, mas é necessário acelerar os esforços para garantir avanços sustentáveis nessa área. Nos últimos anos, nossa Região enfrentou surtos de chikungunya, cólera, ebola, febre amarela, zika e outros eventos de saúde pública que constituíram um duro teste para as nossas capacidades de preparação e resposta. Ao mesmo tempo, os países das Américas foram líderes mundiais na eliminação das doenças transmissíveis: a rubéola e o sarampo são os exemplos mais recentes, mas agora são boas as perspectivas de eliminação de outras doenças, como a oncocercose e o HIV e a sífilis transmitidos pela mãe. Nesse sentido, a OPAS está fazendo avançar uma agenda de eliminação abrangente com metas concretas, quantificáveis e verificáveis.

O envelhecimento da população nos força a reconsiderar a saúde e a reprojeter nossos sistemas de saúde. Nossos povos têm uma vida mais longa, o que é um desdobramento positivo, mas suprir suas variáveis necessidades de saúde exigirá inovação e atenção especial para evitar a discriminação. O paradigma do ciclo de vida nos ajuda a garantir que nosso trabalho na saúde inclua todas as populações de todas as faixas etárias.

Outro desafio importante que enfrentamos é garantir a sustentabilidade ambiental. O setor da saúde, em conjunto com outros setores, deve se pautar por ações e comportamentos responsáveis por promover a saúde ambiental e garantir avanços constantes rumo ao acesso universal à água potável e ao saneamento básico. Além disso, reduzir a poluição e atenuar os impactos das mudanças climáticas serão cruciais para a preservação do nosso planeta.

Este relatório oferece observações e análises importantes sobre esses e outros grandes desafios e oportunidades em matéria de saúde vivenciados pela nossa Região atualmente. As informações apresentadas em *Saúde nas Américas+ 2017* são essenciais para a tomada de decisões racionais, à medida que estabelecemos uma agenda regional de saúde comum, alinhada e reforçada pela Agenda 2030. Nossa esperança é de que essas constatações sejam usadas pelos países para desenvolver e aprimorar quadros de saúde que permitirão a cada indivíduo ter a possibilidade de alcançar os mais altos padrões de saúde disponíveis. Esses quadros devem ser construídos com o entendimento de que a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável é o caminho escolhido, a saúde em todas as políticas será essencial para avançar, e a saúde universal é o objetivo final.

**Carissa F. Etienne**, *Diretora*  
Organização Pan-Americana da Saúde

# NOTA AOS LEITORES

Esta edição de *Saúde nas Américas* honra a tradição dos relatórios passados ao mesmo tempo em que introduz várias novidades.

A edição impressa, *Saúde nas Américas+*, Edição 2017. *Resumo: Panorama regional e perfis de países*, apresenta os avanços e desafios nos âmbitos regional e nacional. Os temas cobertos incluem as políticas para a saúde universal, os principais problemas e determinantes que afetam a saúde, e o panorama e as tendências da saúde observados nos últimos 5 anos. Esta edição contém uma nova seção com uma visão prospectiva, que utiliza as tendências atuais para projetar as questões que se anunciam na Região.

Logo após a seção sobre o panorama regional, encontra-se a seção com os perfis de países. Cada perfil apresenta os últimos dados disponíveis referentes a diversos indicadores e tendências, bem como os elementos de destaque no progresso da saúde e na análise das lacunas que precisam ser abordadas de agora em diante.

Este volume impresso é uma versão abreviada dos textos completos que estão disponíveis *on-line* em **[www.paho.org/hia2017](http://www.paho.org/hia2017)**. A plataforma *on-line* tem o mesmo nome do livro, *Saúde nas Américas+*. O sinal de mais no título denota que a edição não é apenas uma fotografia dos dados e números da saúde, mas também um projeto interativo. Essa plataforma interativa será regularmente atualizada com novos conteúdos, recursos multimídia, *links* com bibliografia e relatórios relevantes, livros digitais para maior acessibilidade e recursos das mídias sociais para o intercâmbio de informações. Os usuários podem se cadastrar no *site* para receber notícias pertinentes à saúde na Região e obter relatórios personalizados, de acordo com seus interesses, usando o recurso “Minha Saúde nas Américas”.

Esperamos que essas melhorias editoriais sejam interessantes e instrutivas para você, nosso leitor.

---

**Nota:** As informações usadas provêm de diversas fontes oficiais e não oficiais, portanto é possível que haja dados discrepantes. As tabelas de indicadores básicos nos resumos de cada país foram preparadas com dados publicados pela Divisão de População e pela Divisão de Estatística das Nações Unidas para 1990, e os dados para os anos de 2013, 2014 e 2015 foram obtidos na Plataforma de Informações em Saúde (PLISA) da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), de modo a incorporar novos dados nacionais caso estivessem disponíveis. Em alguns casos, os dados populacionais do Departamento do Censo dos Estados Unidos foram usados. Todas as figuras do Panorama Regional foram preparadas usando dados fornecidos pelos países.

# AGRADECIMENTOS

Esta publicação não teria sido possível sem o firme e constante compromisso de nossos Estados Membros e as significativas contribuições e ideias de uma ampla amostra dos interessados diretos. Assim, reconhecemos com gratidão a colaboração inestimável das equipes dos ministérios da saúde e de outras instituições governamentais nos países e territórios das Américas.

Também somos muito gratos pelas generosas contribuições do Grupo Técnico Consultivo, cuja assistência e orientação proporcionaram grande clareza durante toda a jornada desta publicação.

Agradecemos sinceramente aos parceiros das Nações Unidas, outros organismos internacionais, organizações não governamentais e instituições acadêmicas, cujas contribuições foram essenciais para esta publicação.

Além disso, somos verdadeiramente gratos aos redatores, editores de texto, tradutores e outros profissionais, cujas contribuições proporcionaram o acabamento final desta importante publicação.

Por fim, a todos os funcionários da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que contribuíram para esta obra, desde sua concepção, passando por seu desenvolvimento, até a preparação do produto final, manifestamos todo o nosso apreço.

# INTRODUÇÃO



Um dos mandatos centrais da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) é coletar e disseminar informações sobre as condições da saúde e suas tendências nos países e territórios das Américas. *Saúde nas Américas* é a principal publicação da OPAS para cumprir esse mandato. *Saúde nas Américas+ 2017* mantém a tradição das edições anteriores e, ao mesmo tempo, representa um ponto de inflexão com respeito a elas. Em sua versão de 2017, este relatório, publicado a cada 5 anos, continua a ter como ponto de partida os dados contidos nas edições anteriores; porém, pela primeira vez, apresenta também projeções para o futuro.

**A**ssim como nas edições anteriores, tendo por base os dados mais recentes coletados nos países e territórios das Américas, o relatório apresenta:

- os fundamentos da saúde;
- os mais importantes desafios para a saúde na Região;
- as tendências em saúde a partir de um exame analítico dos dados ao longo dos últimos 5 anos;
- um panorama futuro da saúde na Região.
- desigualdades sociais em saúde;
- determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde;
- desenvolvimento sustentável; e
- reforma dos sistemas de saúde.

Essas são questões complexas, que exercem um impacto duradouro sobre as políticas, e são abordadas nas agendas de trabalho e nos posicionamentos adotados pela OPAS.

*Saúde nas Américas+ 2017* dá continuidade a edições anteriores de várias maneiras. Primeiro, mais uma vez oferece um balanço da saúde e suas tendências na Região das Américas nos 5 anos anteriores. Segundo, continua a dirigir atenção especial a vários temas que estão no centro do debate conceitual e do exercício da saúde pública, bem como do planejamento, desenho e execução das políticas de saúde. Por fim, continua, como tem sido feito desde a edição de 2002, a dedicar espaço a temas como:

Ao mesmo tempo, esta edição marca um momento de mudança em relação às anteriores. Além de ser um recurso essencial para descrever e compreender o panorama atual da saúde e observar suas tendências, esta edição busca servir como uma ferramenta indispensável de informação sobre a saúde, que oferece a visão e as estratégias necessárias para alcançar a saúde. Ao fazê-lo, aponta as barreiras presentes e contingentes e documenta as mudanças nas estruturas, funções, organizações e políticas dos sistemas de saúde atuais

para tornar possível essa visão e viabilizar o caminho para sua realização.

Outra inovação importante em relação a edições anteriores é a transformação desta edição, de repositório de estatísticas e material de consulta, em uma plataforma *on-line* genuinamente interativa. A intenção é oferecer um recurso que os agentes da saúde de qualquer área possam utilizar para buscar informações confiáveis e de qualidade, atualizadas regularmente, e um espaço no qual possam aportar suas próprias contribuições a partir das frentes de trabalho nos contextos nacionais, onde são arquitetadas as políticas de saúde, ou desde o meio acadêmico e a comunidade científica.

O resumo a seguir de *Saúde nas Américas+ 2017* examina a situação da saúde na Região pela lente das seguintes ideias motrizes:

- (1) saúde universal, seus valores e princípios e suas estratégias de ação;
- (2) principais problemas e desafios para a saúde ou problemas que exercem o maior nível de pressão sobre os sistemas de saúde e sobre o contexto físico e social;

(3) cenário regional, com análise da situação da saúde e suas tendências;

(4) panorama do futuro da saúde na Região, incluindo algumas das principais características dos caminhos sendo construídos para alcançar essa visão do futuro.

A seção Panorama Futuro é seguida pelos perfis dos países e territórios das Américas. Cada perfil apresenta os mais importantes indicadores básicos tomando por base os dados mais recentes disponíveis, além de breves notas que destacam os avanços específicos em saúde e as lacunas a serem preenchidas no futuro.

Juntas, as seções sobre a Região e sobre os países oferecem uma análise detalhada e noções gerais sobre o contexto e as mudanças necessárias para melhorar a saúde nos âmbitos local e regional.



# PANORAMA REGIONAL





# SAÚDE UNIVERSAL



O direito à saúde, igualdade e solidariedade – valores subjacentes à noção de saúde universal, consagrada como estratégia para os Estados das Américas em 2014, no Documento CD53/5, Rev. 2 do Conselho Diretor da OPAS (1) – é o fundamento ético para a elaboração e a implementação de políticas públicas. O conceito de saúde universal compreende o acesso universal e a cobertura universal como direitos.

**H**istoricamente, a cobertura universal restringiu-se à busca de modelos que garantissem a oferta de serviços ao alcance de todas as pessoas ou ainda modelos de financiamento e organização desses sistemas de saúde (2). Na Região das Américas, os debates nacionais e regionais mostraram que, embora a cobertura universal seja um requisito indispensável para uma saúde inclusiva, existem barreiras econômicas, socioculturais, geográficas e de gênero — conhecidas como determinantes — que limitam o acesso aos serviços e precisam ser eliminadas. Em consequência, hoje se reconhece que, embora seja um alicerce, o princípio da cobertura universal não assegura por si só a saúde, o bem-estar e a igualdade. Para eliminar as barreiras, é preciso assumir compromissos políticos no sentido de projetar e implementar ações que ficam muitas vezes fora do âmbito e do mandato dos sistemas de saúde. Assim, é crucial que setores além da saúde sejam convocados a abordar os determinantes que causam disparidades na saúde.

Na concretização da saúde universal como estratégia, reafirmam-se valores já consagrados na constituição da OMS, que remetem a modelos baseados na atenção primária, segundo estabelecido na Declaração de Alma-Ata em 1978. Adotada pelos Órgãos Diretores da OPAS, a estratégia da

saúde universal é o contexto de referência para melhorar o bem-estar e a saúde das pessoas sem exceções, fortalecer os sistemas de saúde e aumentar sua resiliência e capacidade resolutive diante dos desafios presentes e contingentes, e promover ações intersectoriais para abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde.

Toda a estratégia da saúde universal repousa sobre a base do direito à saúde, um componente essencial dos direitos humanos, e sobre uma compreensão elementar do que significa uma vida digna (3). Desde o prefácio da Constituição da OMS de 1946 (4), se reconhece que “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, em seu artigo 25 (5), reconheceu a saúde como parte do direito a condições de vida adequadas. O direito à saúde também foi reconhecido pelo Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 (6), não como o simples direito a um benefício, mas sim como direito fundamental.

Ademais, o direito à saúde tem alcance universal. Todos os Estados signatários comprometeram-se, em pelo menos um tratado internacional sobre direitos humanos que reconhece entre eles o direito à saúde, a proteger esse direito em legislações ou políticas nacionais e em conferências internacionais (3).

Em sua Resolução E/CN.4/RES/2002/31 de 2002, a Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas criou o cargo de Comissário Especial encarregado de assegurar o direito de todas as pessoas de desfrutarem das melhores condições possíveis de saúde física e mental (7). Sua tarefa incluía:

- recolher, solicitar, receber e intercambiar informações sobre o direito à saúde entre todas as fontes relevantes;
- identificar possíveis áreas de cooperação com todos os interlocutores relevantes, inclusive os governos, as entidades e organismos incorporados às Nações Unidas (em particular a OMS) e seus programas especiais, as organizações não governamentais e as instituições financeiras internacionais;
- informar a situação atual do direito à saúde em todo o mundo, inclusive as leis, as políticas e práticas e os obstáculos; e
- formular recomendações acerca de medidas adequadas para promover e proteger o direito à saúde.

Entre outros temas, os relatórios anuais do Comissário Especial têm se concentrado em esclarecer o conteúdo e o alcance do direito à saúde e sua relação com a pobreza, bem como em examinar as estratégias para a redução desta, o direito à saúde sexual e reprodutiva, o movimento pela saúde e pelos direitos humanos, os sistemas de acesso universal e a busca de indicadores sobre o direito à saúde.

Outro pilar da estratégia da saúde universal é a igualdade. As desigualdades são uma triste realidade nas Américas mais do que na maioria das outras regiões do mundo, mas não devem ser consideradas um destino inevitável. Mudanças fundamentais permitiriam transformar as realidades do privilégio nas realidades do direito. O primeiro passo no caminho rumo à saúde universal é confrontar as causas das desigualdades que ignoram e fragilizam o direito das pessoas a uma vida digna, livre e saudável. A desigualdade no acesso à saúde, impedindo que todos exerçam e desfrutem por igual

o direito à saúde, não é um fato isolado, mas sim intimamente ligado a contextos mais amplos de desigualdades econômicas, sociais, culturais e ambientais (8–10).

As desigualdades tampouco são neutras ou abstratas, nem se distribuem aleatoriamente; têm rosto, idade, gênero e se instalam de forma sistemática nos grupos humanos e nos contextos geográficos. Múltiplas desigualdades e privações ao longo da vida se reproduzem de uma geração para outra, em um longo histórico de imobilidade social.

A concretização do direito à saúde não é concebível sem uma base de igualdade, que por sua vez pressupõe um diálogo social sobre os fatores que afetam o bem-estar das pessoas e das comunidades. Considerando um plano prático e operacional, será imprescindível dispor de informações confiáveis para monitorar o desempenho dos sistemas de saúde, não só nas dimensões tradicionais dos indicadores de saúde, como também nas dimensões da desigualdade.

Um dos principais obstáculos da saúde universal tem sido a desigualdade social. A solidariedade, o ativismo cívico e a ação coletiva já desempenharam um papel crucial para os que tomam decisões sobre as políticas públicas de saúde. Quando o crescimento econômico é orientado no sentido de criar espaço para o investimento em saúde, e quando as políticas visam a alcançar igualdade, milhões de pessoas podem ser resgatadas da pobreza. Na Região, porém, os sistemas de saúde arcam com o peso de enormes desigualdades, financiamento desigual, fragmentação e segmentação, falta de sustentabilidade e escassa flexibilidade para responder às necessidades da população e fazer frente aos desafios de um contexto físico e social variável.

No presente texto, são examinadas os elementos fundamentais da estratégia para a saúde universal:

- expansão do acesso equitativo a serviços de saúde abrangentes, de qualidade e centrados no atendimento às pessoas e às comunidades;
- fortalecer ações intersetoriais para abordar os determinantes sociais de saúde;
- fortalecimento da gestão e governança;
- aumento e melhoria do financiamento, promoção da equidade e da eficiência e eliminação do-desembolso- por parte dos usuários.

## ACESSO EQUITATIVO A SERVIÇOS DE SAÚDE ABRANGENTES, DE QUALIDADE E CENTRADOS NO ATENDIMENTO ÀS PESSOAS E ÀS COMUNIDADES

Os serviços mencionados nesse título são ações em escala populacional e individual, com enfoque no gênero e nos aspectos culturais, étnicos e linguísticos que definem as necessidades diferenciadas das comunidades. Os objetivos são promover a saúde, prevenir as doenças, oferecer atenção em diagnóstico, tratamento ativo e paliativo e quaisquer outros cuidados necessários em curto, médio e longo prazo. Em um contexto de saúde universal, esses cuidados e serviços não expõem os beneficiários, nem, em especial, os grupos mais vulneráveis, a dificuldades financeiras.

Estima-se que a existência de serviços de saúde acessíveis, oportunos e de qualidade na Região das Américas entre 2013 e 2014 teria evitado mais de 1 200 000 mortes (11). Por exemplo, na Argentina, Brasil, Colômbia e Peru, menos de um quarto da população usa serviços preventivos de saúde ao menos uma vez por ano. Essas baixas taxas de uso não são uniformes e são ainda mais baixas entre a população de poucos recursos (12).

O modelo de atenção que prevalece em boa parte dos países da Região se baseia, em grande medida, na resposta a demandas episódicas decorrentes de condições agudas em centros hospitalares, com desperdício de tecnologia e atenção especializada. As reformas e investimentos tendem a focar a atualização tecnológica, mas permanecem presos às modalidades tradicionais de gestão e prestação de serviços.

Na atenção primária, os sistemas têm escassa capacidade resolutiva e não correspondem aos perfis de saúde que têm surgido por toda a Região, com distintos ritmos, em função da transição demográfica e epidemiológica. Segundo os dados disponíveis, o sub-registro de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis chega a quase 50%. Dos outros 50%, apenas a metade recebe tratamento, que, por sua vez, só é eficaz em um a cada 10 casos. É alta a taxa de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária, o que reflete a baixa capacidade de resposta dessa atenção primária e a ineficiência dos sistemas (13).

A formação de recursos humanos em saúde responde às pressões de um mercado de trabalho pouquíssimo sensível a esses perfis de saúde. Vários países da Região têm um déficit de profissionais da saúde, cuja distribuição territorial, além disso, guarda escassa correspondência com a situação geográfica e demográfica da morbidade, o que gera graves

consequências, pois muitas comunidades carecem de acesso a serviços de saúde integrais (14, 15).

A qualidade da atenção é afetada pelo acesso insuficiente ou pelo uso irracional de medicamentos e outras tecnologias seguras em saúde. São comuns os problemas de fornecimento, subutilização de genéricos de qualidade e uso inadequado de medicamentos e outras tecnologias em saúde. Apesar de discretos avanços, os controles reguladores sobre a introdução e o uso das tecnologias em saúde continuam sendo deficientes (1).

Um obstáculo importante ao avanço rumo ao acesso universal à saúde são a falta de financiamento e o uso ineficiente dos recursos disponíveis. Em 2011, o gasto público médio em saúde dos países da América Latina e Caribe, medido como porcentagem do produto interno bruto (PIB), não chegava a 4%. Esse gasto é consideravelmente inferior, por exemplo, ao dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Para remediar essa carência de recursos, alguns países tentaram recorrer ao pagamento direto, o que teve um efeito negativo sobre o acesso aos serviços e sobre a saúde da população. Em termos econômicos, isso se traduz em um aumento da porcentagem de pessoas que empobreceram por terem incorrido em gastos catastróficos (16, 17).

A paulatina institucionalização democrática na Região resultou em uma demanda social pela saúde universal. Contudo, essa demanda não pode ser atendida sem a ampla participação de toda a sociedade e sem que a saúde seja priorizada como um componente essencial de todas as políticas, integrando todo o espectro de seus determinantes ambientais, econômicos, sociais e políticos.

## FORTALECER AÇÕES INTERSETORIAIS PARA ABORDAR OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

A saúde é uma condição pessoal e, em sentido mais amplo, também populacional, em ambos os casos condicionada pelo contexto físico e social. Concebida com uma perspectiva do ciclo da vida, a saúde se desenvolve em casa, na escola, no trabalho e nas comunidades. A cada dia se conhecem mais e melhor os fatores que influenciam a saúde individual — fatores associados aos estilos e hábitos de vida, à alimentação e nutrição, às práticas prejudiciais ou então às influências saudáveis e ao acesso a imunização e a exames diagnósticos periódicos. No entanto, a saúde também recebe, em grande medida, a influência das condições econômicas, da inclusão

social, da disponibilidade de água e alimento em quantidade suficiente, de um saneamento básico de qualidade apropriada e de condições de vida adequadas e seguras no lar, na escola, no trabalho e na comunidade.

O conceito de “determinantes sociais da saúde” é empregado para designar as condições do ambiente físico, social e econômico em que os indivíduos nascem, vivem e se desenvolvem, incluindo condições de conotação tanto física como social (18). A nova Agenda para o Desenvolvimento Sustentável integra essas três dimensões-chave: a econômica, a social e a ambiental. Suas metas transcendem o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) porque reconhecem de modo explícito que a erradicação da pobreza e das desigualdades, o desenvolvimento econômico inclusivo e a preservação do planeta estão concatenados e são a chave para a saúde e o bem-estar da população de todo o planeta. A implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) pressupõe uma visão mais ampla da causalidade, com um foco que vai além das causas imediatas. Embora reconheça a importância dos fatores individuais de risco, ou de fatores de risco nos âmbitos da vida individual e comunitária, a visão de determinantes da saúde inclui dimensões bem mais amplas, como o comércio, os mercados mundiais e as relações geopolíticas.

A estratégia da saúde universal exige que o setor da saúde expanda progressivamente a integração de serviços de qualidade e que engaje todos os setores de algum modo vinculados aos determinantes da saúde. Também exige a implementação de políticas, planos e programas de saúde equitativos, eficientes e sensíveis à ampla variedade de necessidades da população. O ponto de partida é o reconhecimento da saúde como um direito e também como componente e condição do desenvolvimento sustentável.

O caminho para o desenvolvimento de sistemas de saúde mais dinâmicos, flexíveis e centrados nas pessoas exige a ampliação e o aprofundamento das ações intersetoriais com ênfase especial em áreas que estão sob o controle direto do setor da saúde para alcançar a igualdade de forma compatível com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e seus objetivos (19, 20). A amplitude da Agenda e a natureza abrangente de suas 17 metas requerem, além disso, uma convergência nacional, regional e mundial para concretizar ações cooperativas entre os setores. Sem a colaboração e as parcerias estratégicas de todos os setores em uma escala que transcenda as fronteiras nacionais ou regionais, será impossível enfrentar uma gama tão ampla de desafios, como o envelhecimento populacional, a mudança climática, as migrações, as ameaças de desestabilização das instituições

democráticas, a criação de marcos regulatórios para aquisição e implementação de novas tecnologias e o monitoramento das desigualdades, apenas para citar alguns dos desafios mais urgentes (21–26).

## FORTALECIMENTO DA GESTÃO E GOVERNANÇA

Para avançar rumo à saúde universal é necessário fortalecer a direção e a governança dos sistemas de saúde. Direção, nesse contexto, refere-se à capacidade das autoridades nacionais e subnacionais de conduzirem a transformação da governança dos sistemas de saúde. Já a governança é entendida como a regulamentação de recursos críticos do sistema, quer sejam financeiros, humanos ou medicamentos e tecnologias em saúde (27). Os processos de transformação dos sistemas de saúde da Região não têm sido homogêneos e seguiram três roteiros principais: alguns privilegiaram mudanças na governança da oferta, outros foram guiados pelas pressões da demanda e outros ainda optaram por modalidades mistas (28).

Em cada um desses roteiros, cada um com sua orientação lógica, a direção e a governança assumiram características distintas próprias. As transformações dos sistemas de saúde que se basearam no controle da oferta foram caracterizadas por um foco principalmente na melhoria do acesso aos serviços de saúde. Para isso, os sistemas redesenharam as estruturas de gestão das redes de serviços de saúde e angariaram apoio na forma de ação coletiva de diferentes profissionais da saúde e movimentos sociais (28, 29).

Por sua vez, as transformações de governança envolveram mudanças no modelo de atenção e novas regulamentações para os trabalhadores da saúde. As mudanças no modelo de prestação de serviços de saúde enfocaram o aumento de financiamento, intervenção por regulamentações intersetoriais e governança de medicamentos e tecnologia. Os países que promoveram esse tipo de reforma conseguiram avanços substanciais no acesso aos serviços por meio de modelos de atenção mais integrados, menos fragmentados e com mais ênfase na saúde coletiva. Essas mudanças geralmente se limitaram ao setor público e tiveram pouco ou nenhum efeito para mitigar a segmentação dos sistemas de saúde (28, 29).

Os sistemas de saúde que basearam suas transformações na lógica da demanda exercem uma direção voltada para o aumento da cobertura financeira da população mediante incentivos econômicos à gestão institucional dos seguros. Nessa modalidade de direção, participam novos organismos e

estruturas de regulamentação e fiscalização, em geral débeis, que vigiam e controlam os agentes públicos e privados, que, por sua vez, administram os recursos ou prestam os serviços de saúde diretamente. Esses sistemas presumem que a introdução de concorrência na demanda tanto por seguros de saúde como por serviços de saúde em si promove mudanças inovadoras na organização dos serviços e no pessoal de saúde, e que tais mudanças beneficiam a saúde individual e, por extensão, a saúde pública. Na realidade, porém, a saúde pública e as ações coletivas têm sido prejudicadas por esses enfoques de concorrência regulada. Embora de fato essas transformações tenham conseguido estender a cobertura financeira a uma proporção maior da população mediante reformas que incluem tanto o setor público como a previdência social, a principal dificuldade é garantir o bom funcionamento dos organismos de regulamentação e traduzir as mudanças positivas da ampliação da cobertura em melhorias das condições de acesso individual e das condições de saúde da população (28, 29).

Nos processos de transformação dos países federativos, onde as estruturas estaduais, departamentais ou provinciais têm autonomia em relação às nacionais, e nos países com sistemas segmentados, onde a previdência social e o setor público podem adotar modalidades próprias, observam-se atributos das duas tendências (30).

Direção e governança são dois temas centrais na trajetória rumo à saúde universal. Não pode haver receita única para seu exercício, nem experiências extrapoláveis, porque o contexto é sempre um modificador poderoso dos efeitos e reações. O exercício da direção por parte da autoridade sanitária e a participação dos agentes-chave que exercem a ação coletiva não podem ser adaptados de modo a seguir pautas rígidas. O equilíbrio de ambos para o cumprimento ótimo das funções essenciais da saúde pública é um componente estratégico central no marco dos processos de transformação e fortalecimento dos sistemas de saúde (31).

## **AUMENTO E MELHORIA DO FINANCIAMENTO, PROMOÇÃO DA EQUIDADE E DA EFICIÊNCIA E ELIMINAÇÃO DO- DESEMBOLSO- POR PARTE DOS USUÁRIOS**

Em um mundo caracterizado pela instabilidade política e econômica, desenvolvimento e recessão alternam-se com frequência, paralelamente ao aumento dos custos da saúde devido à crescente incidência das doenças crônicas, ao envelhecimento populacional e à comercialização de tecnologias novas e mais onerosas. Como resultado, aumenta

a pressão social e, com ela, a urgência por implementar políticas de saúde eficientes e equitativas. Esse quadro se torna ainda mais agudo em decorrência das lacunas no acesso de fato a serviços de saúde de qualidade e das diferenças regionais e nacionais quanto à situação da saúde e à disponibilidade de serviços de saúde.

Embora seja óbvia a necessidade de recursos suficientes e estáveis para a saúde, o nível de desenvolvimento econômico de um país não garante por si só o acesso à saúde universal. São necessárias mais medidas para aumentar o gasto público em saúde. No entanto, uma alta porcentagem dos gastos em saúde é dilapidada pela ineficiência. Um investimento mais racional dos recursos existentes poderia ajudar a aproximar o mundo e, em particular, a Região, do acesso universal à saúde e da cobertura universal.

Um sistema de saúde é eficiente na alocação de recursos quando consegue otimizar o equilíbrio entre gasto e saúde – ou seja, quando, utilizando um dado montante de recursos, reduz a morbidade, amplia o bem-estar e aumenta a proteção financeira dos domicílios, de modo que haja equidade no acesso aos serviços de saúde. Um sistema ideal desse tipo direciona suas políticas para produzir aquilo que a sociedade necessita e espera em matéria de saúde e bem-estar, sendo a responsabilidade de fazer isso acontecer compartilhada pelo Estado e pela sociedade. O grau de eficiência produtiva ou técnica que se alcança dependerá da forma como são administrados os serviços de saúde ou, em outras palavras, de como se obtém a melhor capacidade de resposta mediante melhorias na coordenação e articulação entre níveis do sistema de saúde e das redes de atenção à saúde. É essencial que os recursos do setor de saúde sejam alocados com base no melhor equilíbrio possível para alcançar ao máximo esses objetivos. Por sua vez, eficiência dinâmica significa assegurar as condições e os níveis de eficiência certos ao longo do tempo pela incorporação da inovação no seu sentido mais amplo aos sistemas de saúde (32).

Quanto ao financiamento da saúde, entre 2010 e 2015, o gasto público na Região aumentou, embora em ritmo muito lento, de forma que não foi possível atingir a meta referencial de 6% do PIB. Ao mesmo tempo, o desembolso pessoal diminuiu, porém não com rapidez suficiente. Apesar dos períodos de crescimento econômico, o gasto em saúde foi insuficiente. Alguns países chegaram a apresentar elasticidade negativa do gasto em saúde em relação ao aumento do PIB. Apesar disso tudo, o cenário regional geral mostra um saldo positivo em termos da integração do cuidado e um relativo êxito no fortalecimento da assistência primária como resultado

de uma ampla variedade de iniciativas, além de uma melhoria nos indicadores de saúde mais importantes.

O maior obstáculo ao avanço rumo à cobertura universal, conforme mencionado anteriormente, é o pagamento direto dos serviços. Embora o tema do financiamento da saúde em condições de igualdade e eficiência continue a ser objeto de árduos debates, os mecanismos de pré-pagamento, por meio dos quais as pessoas mais solventes subsidiam os menos solventes e as pessoas saudáveis subsidiam as doentes, parecem ser a forma mais eficiente e equitativa para aumentar a cobertura dos serviços de saúde integrais. Além disso, para que esse financiamento seja coletivo, deve haver também subsídios (fundamentais em políticas redistributivas). Tais subsídios devem ser pagos pelas famílias mais ricas e com maior capacidade contributiva em benefício das famílias mais pobres e com menos recursos, cujas contribuições são limitadas, mas cujas necessidades de atenção costumam ser maiores. O acesso ao serviço costuma ser mais equitativo e eficiente quanto maior for o número de pessoas que contribuem para um fundo. A existência de muitos fundos, pequenos e fragmentados, costuma gerar ações discriminatórias que afetam as pessoas mais vulneráveis e com menos recursos devido a um mecanismo de seleção de riscos. Os fundos pequenos são mais vulneráveis a riscos específicos e acabam se tornando inviáveis a longo prazo (33).

Assim como no caso da direção e da governança, nenhuma estratégia para o financiamento da saúde pode ser considerada universalmente ótima; sempre é necessária uma adaptação às condições de cada país.

No caminho rumo à saúde universal e, em particular, rumo ao acesso à saúde universal, surgem várias perguntas fundamentais que norteiam a busca por modos mais eficientes de financiar e otimizar os recursos disponíveis.

Quatro estudos sobre espaço fiscal — um de alcance regional e três de alcance nacional — realizados pela OPAS na Região apresentam, entre outros, os seguintes resultados (34–37):

- de modo geral, existe espaço fiscal nos países para a saúde, mas o crescimento econômico não é suficiente para ocupar esse espaço e suprir a necessidade de financiamento.
- Existem argumentos e espaço para aumentar os impostos específicos em favor da saúde (principalmente sobre o álcool e o tabaco). Mesmo que a arrecadação seja baixa nesses casos, as estimativas indicam que pode haver grande economia para o sistema.
- Do ponto de vista político, os créditos e as doações não são uma fonte viável para os governos em médio e longo prazo.
- Tais esforços devem ser acompanhados por medidas para melhorar a eficiência, mantendo em mente os princípios estabelecidos na estratégia de saúde universal.

# PRINCIPAIS PROBLEMAS E DESAFIOS PARA A SAÚDE



A Região das Américas obteve importantes conquistas em matéria de saúde durante a última década, inclusive o alcance de várias metas incluídas entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Entre outros, foram reduzidos os níveis da pobreza extrema e as taxas de mortalidade infantil, e houve algum progresso na sustentabilidade ambiental. Contudo, não foram alcançadas as metas associadas ao ODM 5, relativo à mortalidade materna.

A presente seção expõe as circunstâncias atuais e as tendências recentes de doenças que, seja por sua alta incidência ou prevalência, seja por sua gravidade ou seu impacto em escala individual ou populacional, representam um problema de saúde. Além disso, expõe e analisa problemas do contexto físico e social que constituem os maiores desafios para os governos e os sistemas de saúde da Região. Tais problemas são apresentados em três planos diferentes, porém convergentes: as doenças propriamente ditas; alguns de seus determinantes físicos e sociais mais destacados e seus efeitos já existentes ou previsíveis sobre a saúde das pessoas e populações, que se encontram, em boa medida, fora do campo de ação direta do setor da saúde. Por fim, esta seção destaca as barreiras que limitam a capacidade dos sistemas de saúde para enfrentar os desafios em matéria de saúde e seus determinantes, como, em especial, as desigualdades persistentes e a necessidade de medi-las e monitorá-las. As metas de saúde não se limitam a reduzir as taxas de prevalência ou incidência, ou melhorar a qualidade dos serviços, mas abrangem também a redução das desigualdades, o posicionamento da saúde em todas as políticas e o progresso rumo à saúde universal como condição do desenvolvimento sustentável.

Os ODM ensinaram lições úteis sobre os perigos de transformar metas imprecisas em programas e políticas. O foco sobre indicadores agregados em escala nacional e regional mascarou crescentes desigualdades e propiciou a formulação de políticas que, em alguns casos, exacerbaram as desigualdades (38).

A adoção da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e dos seus respectivos objetivos foi um passo importante rumo à erradicação da pobreza, da proteção do planeta e da busca pela saúde universal em condições de paz, prosperidade e desenvolvimento sustentável. As metas associadas aos ODS devem ser objetivas e mensuráveis, e devem abranger não apenas os indicadores diretos da saúde — positivos e negativos —, mas também os índices que medem as desigualdades sociais em saúde.

## DOENÇAS EMERGENTES E PROBLEMAS CRÍTICOS QUE ENTRAVAM O DESENVOLVIMENTO

A Região alcançou na última década importantes metas relacionadas com a mortalidade infantil e materna, a saúde reprodutiva, as doenças infecciosas e a desnutrição. Esses

êxitos resultaram do desenvolvimento econômico, da atenção aos fatores ambientais e do aumento da capacidade e flexibilidade dos sistemas de saúde, bem como da ampliação da cobertura e do acesso aos serviços (38, 39). No entanto, esses avanços em escala nacional mascararam grandes lacunas entre subgrupos populacionais, que solapam o desempenho dos sistemas de saúde e entravam o desenvolvimento sustentável (40, 41). Dado que os determinantes da saúde não coincidem necessariamente com os determinantes da desigualdade, intervenções bem-sucedidas baseadas em evidências e elevadas à hierarquia de programas ou política de saúde podem contribuir para melhorar os indicadores de saúde, mas não têm efeito sobre as desigualdades.

Para preservar as conquistas no âmbito dos ODM 4, 5 e 6, e para enfrentar os complexos problemas da agenda inconclusa, será preciso reformular o enfoque estratégico – uma tarefa contemplada na transição para a Agenda 2030. Os países e todos os agentes comprometidos com o desenvolvimento devem ter em mente que, embora as doenças crônicas continuem aumentando, ainda é considerável a carga associada às mortes infantis e maternas, inclusive às mortes relacionadas com deficiências nutricionais.

A Região das Américas atravessa um período de doenças infecciosas emergentes devido a mudanças no ambiente, transformação nos estilos de vida e deslocamentos populacionais. Essas circunstâncias podem provocar a evolução de novas formas patogênicas de diferentes variedades de vírus (inclusive os arbovírus), o que tem implicações para a notificação oportuna de eventos sanitários com efeito potencial em escala internacional e para as estratégias de vigilância epidemiológica e de controle de doenças. O desenvolvimento de vacinas, as tecnologias inovadoras, os novos medicamentos e os programas de pesquisa são alguns dos campos em que é recomendada a colaboração entre diferentes agentes, tanto do setor público como privado. Nessa frente, assim como em outras, não é possível excluir nenhum agente, e muito menos pretender que a gestão da saúde pública seja monopólio do setor da saúde e de estruturas centrais de decisão.

Do ponto de vista institucional, é necessário aumentar a capacidade de resposta aos surtos epidêmicos, às emergências humanitárias e a outros tipos de crises, otimizando a coordenação, os fluxos de informação, as operações e a capacidade de administrar os riscos decorrentes de contingências sanitárias. Entre as ações prioritárias, destacam-se:

- a gestão de riscos infecciosos associados a microrganismos que podem causar epidemias ou surtos;
- a construção de capacidade para avaliar e monitorar a preparação nacional para emergências;
- o desenvolvimento de um sistema de informação sobre emergências sanitárias para a detecção e verificação de eventos;
- a análise de dados e a supervisão de operações;
- funções próprias da gestão de eventos; e
- o apoio logístico às operações de controle.

Outra questão importante é a erradicação de várias doenças transmissíveis mediante a redução das novas infecções e da mortalidade níveis abaixo dos limites mínimos, até que deixem de representar um problema de saúde pública e, se possível, até sua erradicação definitiva.

## DOENÇAS CRÔNICAS E DOENÇAS DECORRENTES DE CAUSAS EXTERNAS

As mudanças nos perfis demográfico e socioeconômico da Região já estão causando os efeitos esperados nos perfis epidemiológicos (42). As doenças crônicas (por exemplo, as doenças cardiovasculares, o diabetes, o câncer e as doenças respiratórias), os transtornos mentais, as deficiências, os traumatismos devidos aos acidentes de trânsito e todas as formas de violência interpessoal representam, em seu conjunto, os principais problemas de saúde e representam um desafio urgente para a elaboração e a implementação de políticas intersetoriais e para o fortalecimento e, em alguns casos, o redesenho dos sistemas de saúde (43).

As doenças crônicas são em grande parte preveníveis. As medidas para combater os seus determinantes e seus fatores de risco comuns têm demonstrado um impacto em curto e médio prazo (44). Essa capacidade de ação pressupõe a existência de sistemas de saúde que proporcionem atenção permanente ao ambiente físico e social, bem como às pessoas em risco ou que já padeçam de uma doença crônica. Os avanços na epigenética, na medicina social e em outras disciplinas que emergiram com o paradigma do ciclo vital demonstram que o repertório de possíveis ações dos sistemas de saúde não deve se limitar a intervenções reagentes quando o risco já está fora de controle ou quando a doença se instalou de modo irreversível. Antes, a estreita colaboração com outros setores pode levar a ações de maior repercussão e sensíveis ao tempo.

Foram assumidos compromissos em âmbito mundial para reduzir as doenças crônicas e existem consensos científicos quanto a políticas de saúde factíveis e eficazes em termos de custo. O que é necessário, portanto, é aumentar o investimento, fortalecer a colaboração multissetorial, ampliar a autonomia e a participação da sociedade civil e aumentar as capacidades dos países para levar a cabo as intervenções.

No que se refere aos transtornos mentais, urge integrar o componente da saúde mental aos cenários da atenção primária e secundária, em vez de oferecer tratamento específico em instituições psiquiátricas (45). As pessoas com deficiências, tanto físicas quanto mentais, necessitam maior acesso não apenas aos serviços de saúde, mas também a centros de reabilitação e de apoio psicológico (46–49).

É necessário melhorar a segurança no trânsito por meio de legislações e regulamentações mais rigorosas no que diz respeito à redução da velocidade de circulação, ao uso obrigatório do cinto de segurança e ao uso de capacete pelos motociclistas, entre outras medidas (46). Por meio da educação e da divulgação, é necessário promover a cortesia no trânsito e uma conduta mais responsável por parte de pedestres e condutores de veículos.

Todas as formas de violência (violência familiar e de gênero e violências resultantes de conflitos sociais e econômicos, entre outras) tendem a ocorrer onde a estrutura governamental é fraca e o sistema jurídico é ineficaz. Outros determinantes estruturais importantes da violência incluem as altas taxas de desemprego ou subemprego, as desigualdades sociais e econômicas e a falta de oportunidades de educação e escolaridade, além da persistência de formas de discriminação por motivos culturais, raciais, étnicos e de gênero (50).

É preciso aplicar mais e melhores estratégias para prevenir a violência, bem como propor e aprovar leis e regulamentações que limitem drasticamente o acesso a todo tipo de armas, promovam a redução do consumo excessivo de álcool e garantam melhores condições de apoio e proteção às vítimas (50).

É essencial adotar a perspectiva do ciclo da vida, com tudo o que ela implica para a prestação de serviços e a formação do pessoal de saúde. O âmbito da causalidade não se limita ao imediatismo temporal do aparecimento dos sintomas clínicos nem aos períodos críticos em que os estilos de vida e outros fatores contextuais configuram as condições de risco. Antes, manifesta-se desde etapas bem precoces do ciclo da vida, com efeitos transgeracionais (51). Adotar essa perspectiva implicará, além disso, transcender a visão restrita das doenças crônicas

e incorporar a visão mais ampla das condições crônicas e das diversas etapas da vida, da infância até a terceira idade, que não constituem por si sós doenças, mas apresentam necessidades múltiplas, não raro inadvertidas ou subestimadas. Pode-se esperar que dentro de poucos anos esse enfoque seja o modelo para a organização dos sistemas de saúde.

## MUDANÇA CLIMÁTICA

A mudança climática já foi identificada como “a maior ameaça global para a saúde no século XXI” (52). Devido à complexidade dos processos envolvidos, é difícil estimar a magnitude dos possíveis efeitos da mudança climática sobre a saúde. No entanto, não cabe dúvida de que, dados os indícios disponíveis e a confiabilidade dos modelos de previsão, uma mudança climática está em curso, já afeta a saúde humana e continuará a afetá-la (53).

As consequências diretas da mudança climática, como as temperaturas extremas (ondas de frio e de calor), as inundações e as secas, bem como o aumento da frequência de tempestades que causam danos, põem em perigo o desenvolvimento alcançado em décadas recentes. O mesmo se aplica às repercussões sobre a saúde física e mental, algumas delas também diretas e outras mediadas pela poluição do ar, disseminação dos vetores, desnutrição, insegurança alimentar e migrações (54).

Fazer frente à mudança climática é um grande desafio, mas também uma grande oportunidade. As ações devem ser orientadas para minimizar os efeitos dessa mudança e assegurar a melhor resposta possível para reduzir a pobreza, ampliar a preparação e a adaptação das comunidades e enfrentar as desigualdades em saúde (54).

O setor da saúde precisa desempenhar um papel crucial na luta contra os efeitos da mudança climática, promovendo condições melhores e mais equitativas para todas as pessoas. As orientações estratégicas desses esforços são: a) ampliar a capacidade de adaptação e reação dos sistemas de saúde diante dos efeitos das mudanças do clima, tanto as previsíveis como as abruptas ou inesperadas; b) aproveitar plenamente os benefícios paralelos da saúde derivados das ações intersetoriais; e c) preparar melhor os centros de saúde e de prestação de serviços para lidar com as condições da mudança climática.

Entre as prioridades da saúde em escala universal, a mudança climática deve ocupar um lugar central na agenda do desenvolvimento sustentável. Dado o consenso universal sobre a saúde como componente fundamental do bem-estar, a perspectiva da saúde pública atrairá um maior

apoio e receberá alta prioridade, independentemente do desenvolvimento global e cultural. Por isso, o setor da saúde precisa assumir um papel de liderança na resposta às ameaças da mudança climática (54).

## ENVELHECIMENTO E VARIAÇÕES DEMOGRÁFICAS

Define-se envelhecimento populacional como o incremento na mediana de idade da população ao longo do tempo. Em outras palavras, é o deslocamento para cima da distribuição etária da população, isto é, um aumento na proporção de pessoas em grupos de mais idade e uma redução na proporção de pessoas nos grupos de menos idade.

Os três componentes básicos da dinâmica populacional são os nascimentos (fertilidade), as mortes (mortalidade) e as migrações. As mudanças relativas nesses três componentes determinam o envelhecimento populacional (55).

As duas principais causas de natureza demográfica do envelhecimento populacional são o declínio da fertilidade (menos nascimentos em relação a períodos anteriores, redução da proporção populacional dos jovens e incremento da proporção populacional dos idosos, caso todos os demais fatores se mantenham iguais) e o declínio da mortalidade nas idades mais avançadas (o crescimento da expectativa de vida aumenta a proporção de pessoas nas idades avançadas).

Entre 2000 e 2050, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais passará de 11% para 22%. A expectativa de vida na América Latina e Caribe alcançará 74,7 anos para os homens e 80,7 para as mulheres em 2030. Na América do Norte, esses números serão de 79,5 e 83,4, respectivamente, para os homens e para as mulheres (55–57).

O aumento da expectativa de vida e o conseqüente aumento da proporção de pessoas economicamente dependentes representam um desafio para o crescimento econômico e para os sistemas de saúde, que devem atender as necessidades de uma população envelhecida (58, 59). Na próxima década, o envelhecimento, tanto no âmbito individual como em escala populacional, será um importante modulador das necessidades de saúde, da segurança e da previdência social, e um desafio para os sistemas que deverão atender as demandas derivadas dessas necessidades. Apesar das óbvias implicações do fenômeno do envelhecimento para a previdência social e a saúde pública, não parece haver na Região uma consciência coletiva clara quanto à saúde dos idosos. Por exemplo, a maioria dos países não dispõe de sistemas de informação com indicadores específicos para medir e monitorar a saúde e o impacto dos planos e programas de saúde nos estratos

de idade superiores. A cobertura, a continuidade da atenção e o acesso aos serviços são insuficientes e exibem grandes desigualdades. Especialistas concordam sobre a necessidade de promover intervenções de saúde integradas e elaborar estratégias que permitam aos sistemas de saúde se adaptar às novas realidades demográficas e epidemiológicas (60, 61).

Boa parte das desigualdades em saúde nos idosos é injusta e desnecessária e, portanto, pode ser considerada como iniquidade. Essas desigualdades se acumulam ao longo do ciclo da vida devido à exposição a riscos e barreiras ambientais e sociais que determinam diferenças nas condições de saúde nos primeiros anos de vida e nas trajetórias vitais até a idade adulta. A distribuição de fatores que explicam as diferenças na saúde dos idosos é o resultado de desigualdades acumuladas associadas à educação e às condições de vida e de trabalho (62).

O envelhecimento saudável normalmente é identificado não com a ausência de doenças, mas com a capacidade para o funcionamento autônomo e para manter e conservar a qualidade de vida, embora ambos os conceitos possam ter conotações diferentes em função do contexto econômico e cultural. Para alcançar as metas do envelhecimento saudável não basta fazer mais do que já se faz ou fazer melhor: é preciso mudar os sistemas. O envelhecimento continuará a ser um fator crucial para a saúde pública nas próximas décadas. As conseqüências do envelhecimento populacional não se esgotam no mero fato de que haverá uma maior proporção de pessoas com 60 anos ou mais. O envelhecimento implica uma combinação de múltiplas afecções crônicas e doenças infecciosas recorrentes, redução da massa muscular com conseqüente aumento da fragilidade, mudanças nas funções sensoriais e cognitivas, e declínio da capacidade imunológica.

Diante dessa realidade, a saúde pública e os sistemas de saúde como um todo estão sendo forçados a reagir a um conjunto bem diferente de imperativos demográficos e epidemiológicos. Assim, estão descobrindo que já não estão aptos a enfrentar as necessidades e prioridades de populações que envelhecem (60, 63–65).

A despeito das condições socioeconômicas da Região, a expectativa de vida aos 60 anos está em torno de 18 a 23 anos adicionais de vida. O estrato populacional de 80 anos ou mais é o grupo com maior crescimento demográfico proporcional na Região. Essa realidade sem precedentes afetará necessariamente os paradigmas atuais da saúde pública e dos serviços de saúde.

Os países da Região precisarão fortalecer suas capacidades nacionais para formular e executar políticas e programas a partir de experiências bem-sucedidas e de toda a evidência disponível.

## MIGRAÇÕES INTERNAS E ENTRE PAÍSES

As migrações sempre caracterizaram as sociedades humanas e têm gerado importantes desafios para a saúde, embora a humanidade tenha tomado consciência de suas dramáticas consequências apenas no passado recente. Hoje em dia, continuam a ser a principal via de escape diante de guerras, conflitos sociais, dificuldades econômicas, desastres naturais e ameaças climáticas. O impacto das migrações no desenvolvimento econômico e nas transformações demográficas dos países sempre foi significativo, porém, neste momento, talvez seja mais importante do que nunca. Contudo, em muitos casos, as circunstâncias políticas e sociais transformaram a migração em uma aventura perigosa, carregada de espaço duplo riscos para a saúde (66, 67).

O volume das migrações contemporâneas e o fato de que boa parte dos migrantes se desloca entre regiões do mundo com condições de saúde e perfis epidemiológicos diferentes têm importantes consequências para a saúde tanto dos migrantes como das populações que os recebem. A isso, somam-se as circunstâncias culturais, as barreiras idiomáticas e os diversos modos como as pessoas concebem a saúde e os serviços de saúde em diferentes regiões do planeta. As migrações contemporâneas são produzidas em um contexto sociopolítico que costuma gerar repúdio nas populações receptoras e desembocar tanto em atitudes (em escala individual) quanto em políticas (em escala social) excludentes e discriminatórias (68-70). A recusa de muitos Estados a subscrever e ratificar a Convenção dos Direitos dos Migrantes demonstra que ainda é preciso avançar muito para alcançar um consenso nos acordos éticos para a afirmação do direito universal à saúde.

As privações econômicas, as epidemias e surtos, a insegurança alimentar, os riscos associados ao ambiente, os conflitos políticos e religiosos e a discriminação de raça e orientação sexual são alguns dos fatores que produzem grandes fluxos migratórios e afetam a saúde dos migrantes em trânsito. Esses fatores expõem os migrantes ao risco de acidentes de trabalho, violência, abuso de drogas, transtornos mentais e doenças infecciosas, como a tuberculose (TB) e a Aids/HIV. Isso tudo é agravado pelas barreiras que prejudicam o acesso aos serviços de saúde, muitas vezes em consequência de legislações restritivas, custos elevados, diferenças culturais, estigma e discriminação.

Cerca de metade da migração internacional contemporânea envolve meninas e mulheres que migram independentemente e podem ficar encurraladas em redes ilegais ou pelo menos mercados não regulares. Muitos migrantes, inclusive os internos ou temporários, costumam ser alvo de discriminação. A migração pode ser unidirecional ou multidirecional, temporária ou permanente, e muitos dos fatores econômicos e sociais relacionados a ela, inclusive os vinculados diretamente à saúde, costumam persistir após a resolução dos problemas legais de nacionalidade ou residência. Os determinantes biológicos e genéticos da saúde têm efeitos transgeracionais que precisam ser levados em conta. Assim, é preciso implementar mecanismos para monitorar as populações migrantes.

Na Região das Américas, o contexto social, econômico, ambiental e político dos processos migratórios é fluido. Paralelamente a grandes desafios, também existem oportunidades para tornar esses processos seguros no campo da saúde (71-74).

O deslocamento de pessoas entre os países e dentro deles é um dos subprodutos da globalização e, mais do que nunca, um motivo de preocupação. O que em outra época era basicamente o resultado de gradientes socioeconômicos passa a ser uma das consequências da pobreza, das guerras e dos conflitos políticos, sociais e religiosos.

As migrações têm gerado graves pressões sobre os sistemas de saúde. Muitos migrantes e, em especial, os que ostentam a condição de refugiados, sofrem os efeitos da violência, da exploração e das múltiplas formas de discriminação que afetam diretamente sua integridade e sua saúde física e mental. Barreiras legais e socioeconômicas impedem ou dificultam seu acesso aos serviços de atenção sanitária, que não costumam ser sensíveis nem a problemas de saúde nem a especificidades culturais.

Na maioria dos sistemas de saúde, os trabalhadores desconhecem os direitos de saúde dos migrantes. Os serviços de saúde estão longe de poder garantir aos migrantes o direito aos mais altos padrões de saúde física e mental estabelecidos pelas legislações internacionais sobre direitos humanos.

Esse quadro exige uma colaboração ativa entre diversos setores, bem como o compromisso dos governos e de todos os agentes envolvidos nos processos migratórios, para garantir o direito à saúde e o pleno cumprimento dos princípios de igualdade e não discriminação. Em um mundo globalizado, onde as questões de saúde transcendem as fronteiras nacionais, a incapacidade (ou negligência) dos governantes

de atender os problemas derivados das migrações seria desastrosa. A Região não está alheia a essas realidades.

No tocante aos sistemas de saúde, suas prioridades quanto aos refugiados e migrantes são: 1) reduzir as desigualdades em matéria de cobertura e acesso no que se refere às populações imigrantes em comparação com as populações locais; 2) proteger e garantir o direito dos migrantes e refugiados à saúde; 3) preparar-se com um pacote de intervenções oportunas para reduzir o excesso de mortalidade e morbidade, sobretudo entre os refugiados e as vítimas das migrações forçadas por desastres e conflitos; 4) implementar mecanismos para monitorar a saúde; 5) fortalecer e, quando necessário, criar marcos legais para proteger a saúde; e 6) promover parcerias, redes de cooperação e legislação internacional para garantir o financiamento dos serviços de saúde e a proteção legal dos migrantes (75, 76).

## DESIGUALDADES E BARREIRAS NOS SISTEMAS DE SAÚDE

A busca da igualdade é um dos desafios permanentes dos sistemas de saúde na Região das Américas. Apesar dos significativos avanços revelados pelos indicadores de saúde associados ao desenvolvimento econômico e à incorporação de novos conceitos e recursos, a pobreza e as desigualdades continuam sendo um grave problema. Isso se manifesta nos resultados da saúde individual e coletiva. Por exemplo, a Região não alcançou em 2015 as metas de redução da mortalidade materna previstas nos ODM e, apesar de uma importante redução das taxas de mortalidade infantil, ainda persistem grandes brechas entre os países. Sem ações específicas para transformar os sistemas de saúde, o desenvolvimento econômico é insuficiente para reduzir as desigualdades (1, 77, 78).

Boa parte dos sistemas de saúde da Região adotou os princípios da **saúde universal**, comprometendo-se com a implementação de modelos de atenção centrados nas pessoas e nas comunidades, com base na atenção primária à saúde (79). Contudo, as medidas propostas, que ampliariam a capacidade para resolver problemas em nível da atenção primária e corresponderiam melhor à distribuição geográfica e demográfica das morbidades, são prejudicadas pelas realidades e práticas vigentes, bem como pelas estruturas características do modelo biomédico tradicional e pela destinação do maior volume de recursos aos cuidados e serviços hospitalares.

Os países precisam agilizar a transformação de seus sistemas de saúde para o modelo de saúde universal. Para tanto, a consolidação de processos democráticos mais participativos,

apoiada por uma defesa cada vez mais efetiva da causa, deve estimular uma maior demanda social pela cobertura e acesso universal.

A avaliação do desempenho dos sistemas de saúde terá de ser feita em dois planos separados, e ambos carecem de informações. O plano tradicional envolve medição e monitoramento das tendências dos indicadores de saúde, tanto os negativos, que medem a mortalidade, morbidade e carga das doenças, como os positivos, que medem a cobertura, acesso e qualidade dos serviços. Nesse plano, o desempenho normalmente é avaliado pela mensuração da lacuna entre as metas desejadas e os resultados de fato.

A equidade em saúde, firmemente enraizada no princípio da saúde como direito humano (80, 81), representa uma segunda perspectiva de mensuração de desempenho. Os indicadores de saúde devem melhorar sem ampliar as lacunas entre os estratos sociais da população. A melhoria dos indicadores e a redução das lacunas definem as duas dimensões de avaliação do desempenho dos sistemas.

O monitoramento do desempenho, no entanto, cria o problema metodológico e prático de identificar critérios de estratificação e indicadores de saúde pertinentes, além de critérios apropriados para a mensuração das desigualdades. Esses critérios devem ser escolhidos não apenas por suas propriedades métricas, mas também pela viabilidade de seu cálculo, confiabilidade e oportunidade das fontes de informação. Além disso, o monitoramento do desempenho exige capacidade técnica para interpretar e comunicar os resultados (82–85).

Desde outra perspectiva, os sistemas de saúde também devem superar barreiras de natureza financeira, cultural, étnica e geográfica relacionadas com o contexto físico e social, que se interpõem no caminho para a conquista da saúde universal.

A estratégia para a saúde universal, aprovada em outubro de 2014 pelos Estados Membros da OPAS, propõe o fortalecimento dos sistemas e serviços de saúde a fim de reduzir as desigualdades através de cobertura e acesso universais. A estratégia sublinha a necessidade de aumentar e melhorar o investimento em saúde, em especial para fortalecer a atenção primária e avançar rumo à criação e implementação de redes integradas de atenção à saúde. Além disso, reconhece a necessidade de enfoques intersetoriais que permitam abarcar a ampla gama dos determinantes sociais da saúde, muitos dos quais fogem ao controle direto dos sistemas de saúde. O enfoque intersetorial e o princípio dos determinantes sociais como base da estratégia são indispensáveis para reduzir as desigualdades em saúde.

# PANORAMA REGIONAL DA SAÚDE NAS AMÉRICAS



## SITUAÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO<sup>1</sup>

Nesta seção, resumem-se algumas importantes estatísticas de saúde da Região para o período entre 2010 e 2015. Essas informações estão organizadas nas seguintes seções: A) características da população e suas tendências; B) situação e tendências da mortalidade; C) doenças e problemas de saúde críticos; D) doenças crônicas não transmissíveis e decorrentes de causas externas; e E) situação da saúde ao longo do ciclo da vida.

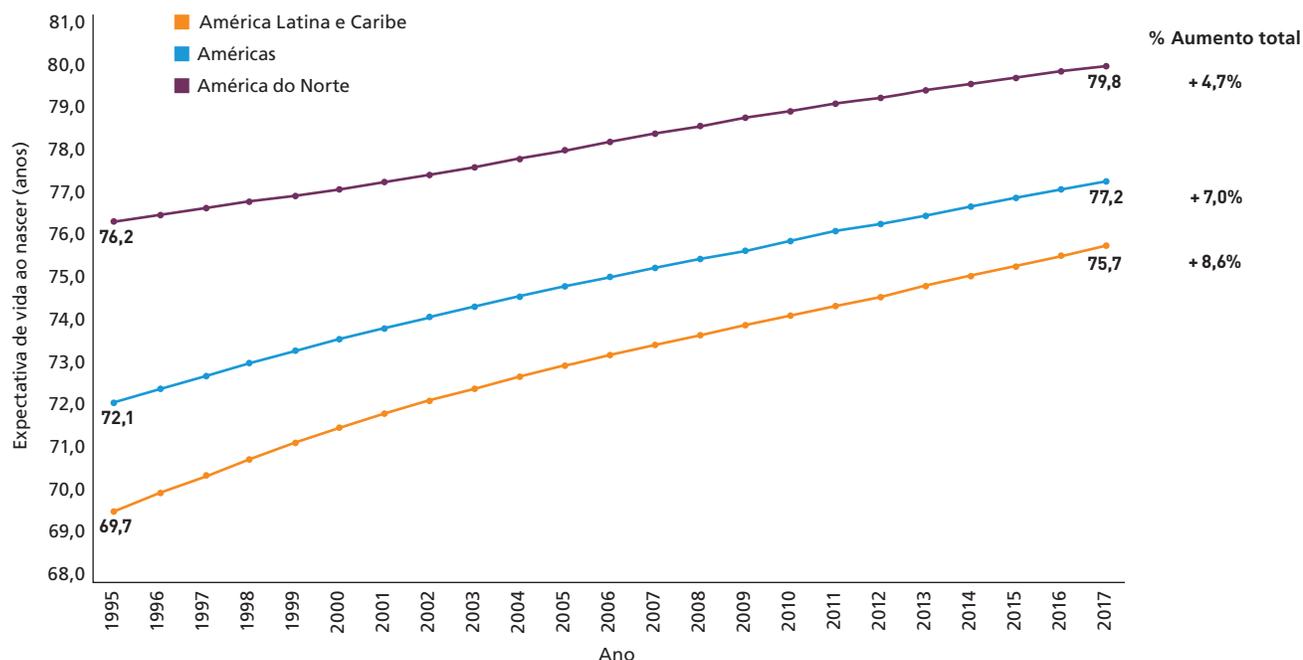
### A. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO E SUAS TENDÊNCIAS

Em 2017, a população das Américas somava 1,0 bilhão de habitantes, o que representava 13% da população mundial (86). A Região tem a mais alta porcentagem mundial de urbanização (>80%), distribuída quase igualmente entre a América do Norte (82%) e a América Latina e Caribe (80%). Conta também com três das seis maiores megalópoles do mundo (*Cidade do México, Nova Iorque e São Paulo*), que abrigam quase 20 milhões de habitantes cada (87). Os países da Região enfrentam um processo progressivo de envelhecimento. Em metade dos países a taxa de fecundidade é inferior a 2,1 filhos por mulher, típica da fase demográfica de “população sem substituição” (88, 89). No entanto, de 2010 a 2015, a taxa de gravidez na adolescência na América Latina e Caribe ainda era a segunda no mundo (66,5 nascidos vivos por 1 000 mulheres de 15 a 19 anos). A expectativa de vida em nível global aumentou em 3 anos entre 2000 e 2005

e entre 2010 e 2015, de 67,1 para 70,5 (88). Na Região, a expectativa de vida era maior do que a expectativa de vida mundial, variando de 74,5 anos na América Latina e Caribe a 79,2 anos na América do Norte (Bermuda, Canadá e Estados Unidos) (89) (Figura 1). Em 2017, estimava-se que 26% da população infantil (até 14 anos) e 17% da população adolescente (15 a 24 anos) do mundo residiam na América Latina e Caribe (86). Ao mesmo tempo, os maiores de 60 anos representavam em média 14,6% da população dos países das Américas em 2017, variando de 20% em Barbados, Canadá, Cuba, Estados Unidos da América e Uruguai a apenas 5,9% em Belize (86). A população maior de 80 anos era de 3,8% na América do Norte e de 1,6% na América Latina (89). Espera-se que, até 2050, essa população chegue a 8,6% e 5,7%, respectivamente. Entre 2010 e 2015, os imigrantes de origem latinoamericana e caribenha representavam 5% da população total dos Estados Unidos da América (90).

<sup>1</sup> Informações e análises mais detalhadas estão disponíveis na plataforma digital Saúde nas Américas ([www.paho.org/hia2017](http://www.paho.org/hia2017)) e em [www.paho.org/PLISA](http://www.paho.org/PLISA).

**Figura 1. Expectativa de vida ao nascer, Região das Américas, América do Norte e América Latina e Caribe, 1995–2017**



## B. SITUAÇÃO E TENDÊNCIAS DA MORTALIDADE

Para avaliar a mortalidade nas Américas, um estudo ecológico foi conduzido utilizando a base de dados da OPAS sobre mortalidade no período de 2002 a 2013. Foram estimados indicadores de mortalidade materna e infantil obtidos de grupos interinstitucionais. Esta seção descreve a magnitude, a distribuição e as tendências dos dados da mortalidade ao longo de três períodos (2002–2005, 2006–2009 e 2010–2013). As taxas de mortalidade ajustadas pela idade foram calculadas usando a estrutura etária da população mundial da OMS construída para o período 2000–2025 como população padrão.

Houve importantes melhorias na qualidade dos dados de mortalidade na Região. O sub-registro da mortalidade diminuiu de 7,2% para 5,9% entre 2002 e 2005 e entre 2010 e 2013, e as causas mal definidas recuaram de 4,7% para 3,4%, embora o uso de códigos inúteis (os chamados *garbage codes*) tenha crescido de 14,8% para 15,2% no mesmo período.

As taxas de mortalidade por doenças transmissíveis ajustadas pela idade caíram de 66,2 (entre 2002 e 2005) para 59,7 mortes por 100 000 mortes (entre 2010 e 2013), uma redução de 9,9%. De maneira análoga, as taxas de mortalidade por doenças transmissíveis ajustadas pela idade apresentaram queda constante, de 483,4 (entre 2002 e

2005) para 441,3 mortes por 100 000 mortes (entre 2010 e 2013). As causas externas das taxas de mortalidade subiram de 62,4 para 64,0 por 100 000 mortes entre 2002–2005 e 2006–2009 para, em seguida, caírem para 62,7 por 100 000 mortes no período 2010–2013 (**Figura 2**).

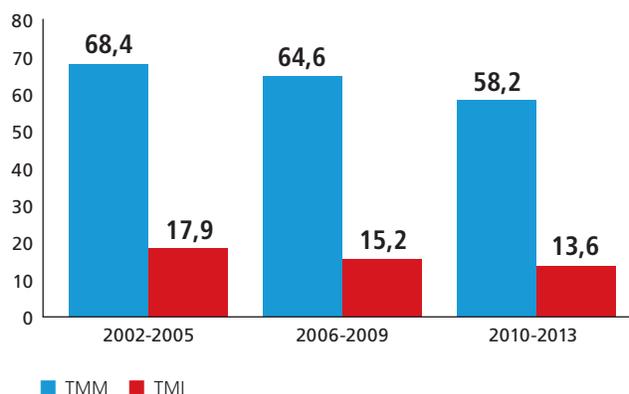
**Figura 2. Carga global da doença e taxas de mortalidade ajustadas pela idade na Região das Américas, 2002–2005, 2006–2009 e 2010–2013**



Entre 2010 e 2013, as principais causas de morte por faixa etária foram: no grupo de 10 a 24 anos de idade, os homicídios (20,4 por 100 000 habitantes), os acidentes de trânsito (13,4 por 100 000) e os suicídios (5,7 por 100 000); no grupo de 25 a 64 anos de idade, as cardiopatias isquêmicas (35,9 por 100 000), o diabetes (19,1 por 100 000) e os homicídios (18,3 por 100 000); entre os maiores de 65 anos de idade, as cardiopatias isquêmicas (620,6 por 100 000), a doença vascular cerebral (327,5 por 100 000) e a demência e o mal de Alzheimer (292,8 por 100 000).

De 2002 a 2005 e de 2010 a 2013, a taxa de mortalidade materna diminuiu de 68,4 para 58,2 por 100 000 nascidos vivos (Figura 3). A sub-região com a taxa de mortalidade materna mais alta entre 2010 e 2013 foi o Caribe latino, com 192,2 por 100 000 nascidos vivos. Entre 2010 e 2013, 66,4% de todas as mortes maternas se deveram a causas obstétricas diretas. A taxa de mortalidade infantil na Região diminuiu de 17,9 para 13,6 por 1 000 nascidos vivos durante o mesmo período. A principal causa específica da morte neonatal nas Américas é a insuficiência respiratória.

**Figura 3. Taxa de mortalidade materna (TMM) por 100 000 nascidos vivos e taxa de mortalidade infantil (TMI) por 1 000 nascidos vivos, Região das Américas, 2002–2005, 2006–2009 e 2010–2013**



## C. DOENÇAS E PROBLEMAS DE SAÚDE CRÍTICOS

### Doenças emergentes e desastres

**Gripe.** Desde 2009, os vírus da gripe sazonal que circulam nas Américas são: influenza A (H1N1) pdm09, influenza A (H3N2) e influenza B (linhagens Victoria e Yamagata). As tendências

e a gravidade das estações da gripe variam conforme o ano, a sub-região e o país. No Brasil, Canadá e Estados Unidos, detectaram-se vírus de gripe de origem suína (H1N1v, H3N2v e H1N2v) em seres humanos.

**Cólera.** De 2010 a 2016, foram notificados casos de cólera em Cuba, Haiti, México e República Dominicana. O Haiti informou 179 379 casos e 3 390 mortes em 2010. Em 2011, registrou-se o maior número de casos no período (340 311). A partir do surto no Haiti, de 2010 a 2013, foram notificados casos em Cuba (469 casos e três mortes), na República Dominicana (32 778 casos e 488 mortes) e no México (203 casos e uma morte) (91).

**Resistência antimicrobiana.** De 1996 até o momento, foram documentadas tendências de aumento da resistência antimicrobiana dos principais agentes patogênicos humanos, tanto comunitários como hospitalares (92). Os sistemas de vigilância permitiram documentar a disseminação de mecanismos emergentes de resistência na Região. Entre 2011 e 2016, foi documentada a disseminação de enterobactérias produtoras de carbapenemase em quase todos os países da América Latina. Esse mecanismo tem uma letalidade de até 50% no contexto de surtos em unidades de terapia intensiva (93). Também foi detectada a presença e disseminação de outros mecanismos emergentes de resistência em enterobactérias, como carbapenemases do tipo OXA, Nova Deli metalo-beta-lactamase-1 (NDM-1) e a resistência a colistina mediada por plasmídeos [mcr-1].

**Desastres naturais.** Foram registrados no mundo um total de 3 311 desastres entre 2010 e 2016, dos quais 20,6% (682) ocorreram na Região das Américas e geraram um impacto econômico superior a US\$ 300 bilhões. Dos eventos ocorridos na Região, 58,6% (400) foram fenômenos hidrometeorológicos, com custo associado de aproximadamente US\$ 278 milhões. Os terremotos registrados em 2010 no Haiti e Chile, e em 2016 no Equador, provocaram danos consideráveis no setor da saúde, sobretudo na infraestrutura, reduzindo a capacidade de oferecer atenção eficaz à população. É necessário estabelecer sistemas de saúde mais resistentes diante de emergências e desastres naturais, fortalecer as capacidades de reação interna dos países e melhorar a coordenação e a cooperação entre os países.

### Doenças transmitidas por vetores

**Chikungunya.** Em dezembro de 2013, foram diagnosticados os primeiros casos locais de chikungunya no território francês de Saint-Martin (94). Em 2015, a transmissão já

estava documentada em 44 países e territórios da Região, com uma incidência acumulada média de 73,3 casos por 100 000 habitantes. Em 2016, foram notificados 361 312 casos suspeitos acumulados (taxa de incidência acumulada de 51,9 por 100 000 habitantes), dos quais foram confirmados 157 288 casos.

**Zika.** Em fevereiro de 2014, foi documentada a transmissão do vírus da zika nas Américas. Entre maio de 2015 e dezembro de 2016, foram notificados 712 167 casos autóctones de zika, com 18 mortes. Durante o mesmo período, foram notificados 2 525 casos como síndrome congênita associada com a infecção pelo vírus da zika. Foi estabelecida uma associação entre a infecção pelo vírus da zika e transtornos neurológicos e malformações congênitas. Além da transmissão por mosquitos *Aedes*, foram documentados casos de zika transmitidos por via sexual (98-100).

**Febre amarela.** A febre amarela é endêmica em 14 países na Região. No entanto, apenas cinco (Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador e Peru) notificaram casos de febre amarela entre 2011 e 2016 (97, 98). De 2010 a 2016, foram notificados 269 casos confirmados de febre amarela, com uma média de 48 casos por ano. O Brasil notificou um surto de febre amarela no fim de 2016. Entre 1º de dezembro de 2016 e 17 de março de 2017, foram notificados 448 casos confirmados de febre amarela, com 144 mortes confirmadas (taxa de letalidade de 32%). O surto afeta oito estados: Bahia, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, São Paulo e Tocantins (99).

**Dengue.** Entre 2011 e 2015, o total acumulado de casos notificados na Região foi de 8 207 797, 58% mais que no período 2006–2010. Desses casos, 118 837 (1,4%) foram graves, e registraram-se 5 028 mortes (0,06%), um aumento de 93% em comparação com o período 2006–2010. Entre 2011 e 2015, foram observados dois surtos de dengue (em 2013, com 2 386 836 casos, e em 2015, com 2 430 278 casos). A literatura especializada indica que os surtos de dengue ocorrem a cada 3 a 5 anos; no entanto, a redução do tempo decorrido entre os surtos foi associada principalmente a uma notificação excessiva de casos suspeitos devido à introdução de duas novas doenças por arbovírus nas Américas, com manifestações clínicas semelhantes às da dengue (chikungunya e zika) (96).

**Malária.** Entre 2000 e 2015, o número de casos de malária nas Américas diminuiu 62% (de 118 1095 casos para 451 242). No mesmo período, as mortes relacionadas com a malária diminuíram 76% (de 410 para 98). De todos os casos, 77% foram notificados pelo Brasil, Peru e Venezuela. No

fim de 2015, a malária ainda era endêmica em 21 países das Américas. Todos os países endêmicos, com exceção do Haiti e da Venezuela, reduziram a morbidade em comparação com 2000. Entre 2014 e 2015, os casos de malária aumentaram na Venezuela em 50% (de 90 708 casos para 136 402). Se essa tendência persistir, prevê-se que a Venezuela apresente o maior número de casos da Região.

**Doenças negligenciadas.** Estima-se que 6 milhões de pessoas vivam com a doença de Chagas na Região. Dezessete países endêmicos interromperam a transmissão do *Trypanosoma cruzi*. Originalmente, existiam 13 focos documentados de oncocercose em seis países — Brasil, Colômbia, Equador, Guatemala, México e Venezuela —, com uma população em risco de aproximadamente 568 000 pessoas (100, 101). Devido ao êxito dos programas de eliminação na Colômbia, Equador, Guatemala e México (102), atualmente a população em risco de oncocercose nas Américas é de 29 500 pessoas, apenas 5% da população em risco inicial, em um único foco compartilhado entre Brasil e Venezuela.

**Doenças imunopreveníveis.** Nas Américas, 36 países e territórios passaram da vacina oral trivalente contra a poliomielite para a vacina oral bivalente, em um esforço coordenado em âmbito mundial. Em 2015, a Região foi declarada livre da rubéola e da síndrome da rubéola congênita por um Comitê Internacional de Especialistas. Em 2016, o mesmo Comitê declarou a Região livre do sarampo. Segundo os dados informados pelos países, em 2015 a cobertura da vacinação contra difteria, coqueluche e tétano (DPT3) e da terceira dose da vacina contra a poliomielite em crianças menores de 1 ano na Região das Américas foi de 91% e 92%, respectivamente. A cobertura da vacinação contra o sarampo e a rubéola em crianças de 1 ano foi de 93%. No mesmo ano, 19 países ou territórios comunicaram uma cobertura nacional média de pelo menos 95% da DPT3 em crianças menores de 1 ano. No entanto, ainda há desigualdade na cobertura da imunização, tanto entre os países como dentro de cada país. Em 2015, de um total de quase 15 000 municípios da América Latina e Caribe, 8 456 (56%) notificaram uma cobertura de vacinação com DPT3 inferior a 95%.

### **Doenças crônicas transmissíveis**

**Tuberculose.** A Região das Américas foi a primeira do mundo a atingir as metas dos ODM relacionadas ao controle da TB, ao diminuir a incidência a partir de 1990 e reduzir em 50% a prevalência e a mortalidade em 2015 com relação a 1990 (103, 104). No entanto, os avanços no sentido de preencher as lacunas de detecção ou notificação de novos casos de TB,

de TB multirresistente e da coinfeção TB/HIV têm sido lentos, razão pela qual a TB continua sendo um grave problema de saúde pública. Os índices de mortalidade por TB baixaram de 4,3 para 2,5 por 100 000 entre 2000 e 2015 (104), enquanto a coinfeção pelo HIV continua sendo um dos principais fatores de risco em termos de desenvolvimento, gravidade e número de mortes. Em 2015, foram diagnosticados e notificados 218 700 casos de TB, com uma incidência de 22,1 casos por 100 000 habitantes; a tendência da incidência no período 2000–2015 mostrou uma redução anual de 1,8%. Em 2015, a Região das Américas teve 4 508 casos de TB multirresistente, o que representa 55% dos casos estimados de TB multirresistente entre os casos notificados de TB pulmonar. As limitações no diagnóstico se devem à limitada capacidade dos laboratórios e à lenta aplicação dos novos métodos moleculares de diagnóstico (105-107).

**Hanseníase.** Entre 2010 e 2014, foi registrada uma redução no número de novos casos notificados na América Latina e Caribe, de 37 571 para 33 789. O Brasil acumula 91,9% dos casos notificados.

**HIV.** Estima-se que, em 2015, 2 milhões de pessoas estavam infectadas pelo HIV na América Latina e Caribe, das quais 98% tinham 15 anos ou mais. A prevalência estimada de infecção pelo HIV em pessoas de 15 a 49 anos havia se mantido estável por uma década. Em 2015, situou-se em torno de 0,5% (0,4 a 0,6%). O HIV afetou especialmente a área do Caribe, com uma prevalência de 1%. Na América Latina, essa epidemia tem afetado, sobretudo, os homens, que representam 68% das pessoas com HIV; já no Caribe, 52% das pessoas com HIV são mulheres (108). A população mais afetada é composta por homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, mulheres transgênero, usuários de drogas injetáveis e populações indígenas. Em 2015, a prevalência média de infecção pelo HIV em homens que fazem sexo com homens era de 15%.

**Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).** Estima-se que ocorram anualmente 64 milhões de novos casos de ISTs curáveis (*Chlamydia trachomatis*, *Miséria gonorrhoeae*, *sífilis* e *Tricomoniase vagina lis*) em pessoas de 15 a 49 anos (109). A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é a infecção viral

## DESTAQUES DA SAÚDE NA REGIÃO DAS AMÉRICAS

- A expectativa de vida chegou a aproximadamente 75 anos durante o período de 2010 a 2015. A população ganhou uma média de 16 anos de vida nos últimos 45 anos, um aumento de quase 2 anos a cada 5 anos.
- A taxa de mortalidade materna caiu de 68,4 mortes em 2002–2005 para 58,2 mortes por 100 000 nascidos vivos em 2010–2013 (redução de 14,9%).
- A taxa de mortalidade infantil recuou de 17,9 mortes por 1 000 nascidos vivos em 2002–2005 para 13,6 em 2010–2013 (redução de 24,0%).
- O número de casos de malária caiu 62% entre 2000 e 2015 (de 1 181 095 para 451 242 casos).
- Devido ao êxito dos programas de eliminação, o número de focos ativos de oncocercose caiu de 12 para apenas um na região amazônica do Brasil e Venezuela.
- Entre 2010 e 2014, o número de novos casos de hanseníase notificados diminuiu 10,1% (de 37 571 para 33 789).
- Em 2015, o Comitê Internacional de Especialistas estabeleceu que a Região interrompeu a transmissão endêmica da rubéola.
- Em 2016, o Comitê Internacional de Especialistas declarou a Região das Américas livre do sarampo.
- Entre 2005 e 2015, as mortes relacionadas à AIDS caíram de 73 579 para 49 564, uma diminuição de 67%, devido ao tratamento precoce com antirretrovirais.
- A Região alcançou uma redução de 67% nas taxas de mortalidade entre menores de 5 anos, de 53,8 por 1 000 nascidos vivos em 1990 para 17,9 por 1 000 nascidos vivos em 2015.
- A taxa de fertilidade entre adolescentes na América Latina e Caribe recuou de 70,4 nascimentos por 1 000 mulheres entre 15 a 19 anos em 2005–2010 para 66,5 em 2010–2015, uma redução de 5,5%.
- A atenção pré-natal (medida como um mínimo de quatro consultas de controle pré-natal) aumentou na Região, de uma média de 79,5% em 2005 para 88,2% em 2016.
- Entre 2005 e 2015, a porcentagem de partos institucionais na Região aumentou de 91,3% para 95,6%.
- Demonstrou-se que o sorotipo C do vírus da febre aftosa não está mais em circulação na Região, portanto, é recomendada a retirada deste sorotipo das vacinas em uso.

mais frequente do trato genital. A prevalência estimada do HPV na América Latina e Caribe é de 16,1% (110). Estima-se que, para 2014, entre 7,1 milhões e 16,6 milhões de mulheres foram vacinadas contra o HPV na América Latina e Caribe, com uma cobertura de 19% em meninas e mulheres de 10 a 20 anos (111).

## Zoonoses

**Raiva.** A raiva é endêmica na maior parte do mundo e é considerada uma importante doença zoonótica negligenciada que afeta, sobretudo, as populações pobres e vulneráveis residentes em zonas com infraestruturas carentes em matéria de saúde humana e animal. Em 2015, houve 18 casos de raiva humana nas Américas, 12 deles decorrentes da transmissão por cães.

**Leptospirose.** Em 2014, os países da América Latina com maior número de casos de leptospirose foram o Brasil (3 974 casos, com uma incidência acumulada de 2,0 por 100 000 habitantes), o Peru (2 329 casos, taxa de 7,7) e a Colômbia (867 casos, taxa de 1,8). No Caribe não latino, destacam-se Trinidad e Tobago (363 casos, taxa de 27,0), Guadalupe (69 casos, taxa de 15,0) e São Vicente e Granadinas (17 casos, taxa de 16,5).

**Febre aftosa.** Em 2017, a Região atingiu o marco histórico de 4 anos consecutivos sem notificação de febre aftosa. Contudo, o reaparecimento do sorotipo O do vírus da febre aftosa na Colômbia, no fim de junho de 2017, demonstra o risco contínuo que essa doença impõe à Colômbia e países vizinhos. Esse fato recente também mostra a necessidade de fortalecer permanentemente os programas nacionais de prevenção e erradicação da febre aftosa.

## D. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E DECORRENTES DE CAUSAS EXTERNAS

**Doenças crônicas não transmissíveis.** As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por quase quatro de cada cinco mortes por ano nas Américas, e a previsão é de que esses números aumentem nas próximas décadas em consequência do crescimento da população, do envelhecimento, da urbanização e da exposição ao ambiente e aos fatores de risco (43). Das mortes causadas por essas doenças nas Américas, 35% foram registradas prematuramente, em pessoas de 30 a 70 anos de idade, sendo que o câncer e as doenças cardiovasculares provocaram 65% do total desses óbitos prematuros.

Quanto aos fatores de risco para doenças não transmissíveis, a média anual de consumo de álcool por pessoa entre os

maiores de 15 anos foi de 8,4 litros (43). Em 2010, cerca de 81% dos estudantes adolescentes de 11 a 17 anos tinham atividade física insuficiente (87,1% das meninas e 75,3% dos meninos) (44). A prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre as pessoas de 15 anos ou mais, estimada para 2013, era de 17,5%, maior entre os homens do que entre as mulheres (43). Em 2014, a prevalência padronizada da pressão arterial elevada nas Américas (18,7%) foi menor que a prevalência mundial, de 22% (44). Na Região, 15% da população com mais de 18 anos vive com **diabetes**. Esse número triplicou durante a última década; além disso, a prevalência de glicose elevada no sangue aumentou de 5,0% em 1980 para 8,5% em 2014 (8,6% nos homens e 8,4% nas mulheres) (43). A taxa de obesidade (índice de massa corporal  $\geq 30$  kg por m<sup>2</sup>) nas Américas é mais do que o dobro da média mundial (26,8% contra 12,9%), com maior prevalência entre as mulheres (29,6%) do que entre os homens (24,0%). Em 2014, a taxa de mortalidade por diabetes tipo 2 padronizada segundo a idade na Região mostra uma ligeira diferença entre os homens (35,6 por 100 000 habitantes) e as mulheres (31,6 por 100 000 habitantes) (43). A prevalência de sobrepeso em crianças menores de 5 anos era de 7,2% em 2012 (43).

**A doença cardiovascular** é a principal causa de morte nas Américas, embora a respectiva mortalidade tenha diminuído continuamente na maioria dos países da Região, com uma redução geral de 19% entre 2000 e 2010 (20% nas mulheres e 18% nos homens). Em 2012, 1 300 000 pessoas morreram de **câncer** (43); cerca de 45% desses óbitos foram prematuros e corresponderam a pessoas abaixo dos 70 anos, inclusive quase 9 000 menores de 14 anos.

Durante as duas últimas décadas, as nações centro-americanas comunicaram um número crescente de casos de pessoas com **doença renal crônica de causas não tradicionais (DRCnt)**. Essa doença é mais comum entre jovens trabalhadores agrícolas do sexo masculino e está associada, sobretudo, a determinantes ambientais, como o uso indevido de produtos agroquímicos, e a riscos ocupacionais, como a exposição a altas temperaturas e o consumo insuficiente de água. Uma análise da mortalidade por DRCnt mostrou um aumento sustentado da taxa em El Salvador, que passou de 18,7 mortes por 100 000 em 1997 para 47,4 por 100 000 em 2012, e na Nicarágua, que passou de 23,9 mortes por 100 000 em 1997 para 36,7 por 100 000 em 2013.

**Saúde mental.** Os transtornos mentais, neurológicos e os causados pelo abuso de substâncias estão entre os principais fatores que contribuem para a morbidade, deficiências, lesões, mortalidade prematura e risco aumentado de

outros problemas de saúde. Em 2013, a prevalência desses transtornos nas Américas, estimada para 12 meses, variou entre 18,7% e 24,2%. Mais especificamente, os intervalos foram: transtornos de ansiedade, 9,3% a 16,1%, transtornos afetivos, 7,0% a 8,7%, e transtornos pelo abuso de substâncias, 3,6% a 5,3%.

**Lesões causadas por acidentes de trânsito.** Nas Américas, as lesões causadas pelas colisões no trânsito resultaram em 154 089 mortes em 2013, o que representa 12% das mortes por acidentes de trânsito em todo o mundo, e um aumento de 3% nos óbitos por essa causa, em comparação com 2010.

**Violência.** Ficam na América Latina e Caribe 18 dos 20 países com as taxas de homicídios mais altas do mundo, o que decorre, em parte, da atividade de gangues e do crime organizado (112). Os homens são vítimas de níveis mais altos de violência mortal, mas as mulheres sofrem um risco mais elevado de ser assassinadas pelo companheiro e de sofrer violência sexual e outras formas de violência não mortal (112, 113). A OMS calcula que, na América Latina e Caribe, quase um terço (29,8%) das mulheres que em algum momento viveram com um parceiro sofreram maus-tratos físicos ou sexuais por parte do companheiro em algum momento da vida (113). A maioria das crianças de até 17 anos



## DESTAQUES DA SAÚDE NA REGIÃO DAS AMÉRICAS: DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E CONDIÇÕES CRÔNICAS

- As doenças não transmissíveis (DNTs) são a principal causa de mortes nas Américas, respondendo por quase quatro de cada cinco mortes por ano.
- Entre todas as mortes decorrentes de DNTs, as quatro principais causas são as doenças cardiovasculares, o câncer, as doenças respiratórias e o diabetes.
- Os quatro principais fatores de risco para DNTs são a má alimentação, o sedentarismo, o tabagismo e o consumo prejudicial de álcool.
- Nas Américas, o álcool é um importante problema de saúde pública. A Região aparece em segundo lugar em consumo *per capita* de álcool e consumo pesado episódico (beber pesado episódico) em todo o mundo. Existe uma relação entre dose e efeito, ou seja, quanto maior o consumo, maior o risco de consequências negativas.
- O tabagismo é um fator de risco crucial para doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes. A implementação eficaz das medidas previstas na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS promove a redução do tabagismo e a exposição ao tabaco.
- A obesidade aumenta a probabilidade de diabetes, hipertensão, doença cardíaca coronária, derrame, determinados tipos de câncer, apneia obstrutiva e osteoartrite, entre outras doenças. As Américas são a região da OMS com a mais alta prevalência de sobrepeso e obesidade; as mulheres são mais afetadas que os homens.
- A obesidade alcançou proporções epidêmicas entre crianças, adolescentes e adultos. São necessárias políticas para promover, apoiar e proteger a alimentação saudável, restringir a comercialização, regulamentar a rotulagem e taxar bebidas adoçadas com açúcar e outros produtos processados e ultraprocessados com elevado teor de calorias, açúcar, gordura e sódio.
- A pressão sanguínea elevada ou alta, comumente conhecida como hipertensão, afeta homens e mulheres sem distinção e continua tendo um impacto negativo em termos de mortalidade e desenvolvimento de doenças cardiovasculares e outras DNTs.
- Cerca de 422 milhões de adultos com mais de 18 anos vivem com diabetes em todo o mundo; 62 milhões (15,0%) vivem nas Américas. Esse número triplicou na Região na última década.
- O câncer afeta quase 3 milhões de pessoas nas Américas a cada ano, causando 1,3 milhão de mortes; 45% dessas mortes são prematuras (ocorrem antes de 70 anos de idade). Na América Latina e Caribe, os tipos de câncer que mais levam a mortes entre os homens são o de próstata, de pulmão, de estômago e o colorretal; entre as mulheres, os principais tipos de câncer causadores de mortes são o de mama, de estômago, de pulmão, o cervical e o colorretal.
- As DNTs atuam como barreiras importantes ao alívio da pobreza e ao desenvolvimento sustentável. O diagnóstico precoce das DNTs, que facilita o tratamento, exige sistemas de saúde fortes.
- A maioria dos países das Américas se comprometeram a enfrentar e monitorar efetivamente as DNTs. O custo da falta de ação será um impacto negativo sobre a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar econômico dos indivíduos e da sociedade.

de idade sofre abuso físico, sexual ou emocional todos os anos (58% na América Latina e Caribe e 61% na América do Norte) (114).

### **Acidentes e doenças ocupacionais**

Em 2016, a força de trabalho da Região estava estimada em 661 milhões de pessoas. Dessas, 63,8% (422 milhões) se encontravam na América Latina e Caribe e 36,2% (239 milhões) se encontravam na América do Norte. A partir de 2013, as taxas de desocupação/desemprego aumentaram, com aumento acentuado de 6,6% em 2015 para 8,1% em 2016 (115). Em 2007, foram estimados pelo menos 7,6 milhões de acidentes de trabalho na Região (20 825 por dia), com maior frequência entre os homens. Esses acidentes provocaram 11 343 mortes, 5 232 delas na América Latina e Caribe (116). A construção, a mineração, a agricultura e o transporte foram os setores econômicos com o maior número de acidentes mortais (117). As doenças profissionais têm um sub-registro maior por sua longa incubação e difícil identificação, e ficam invisíveis nos registros das doenças não transmissíveis.

## **E. SITUAÇÃO DA SAÚDE AO LONGO DO CICLO DA VIDA**

**Saúde infantil.** A Região conseguiu reduzir a mortalidade infantil (ODM 4) em 67%: de 53,8 para 17,9 por 1 000 nascidos vivos entre 1990 e 2015. A diarreia e a pneumonia continuam sendo uma causa importante de óbitos; essas duas doenças causaram 14% do total de mortes de crianças em 2015. De todos os óbitos de menores de 5 anos, a diarreia causa 10% no Haiti, 8% na Nicarágua, 7% na Guatemala e 6% na Bolívia. Nesses países, o uso de sais de reidratação oral é baixo (em torno de 50%). A proporção da pneumonia como causa de mortalidade de menores de 5 anos é 23% no Haiti, 17% na Guatemala, 16% na Nicarágua e 14% na Bolívia. O uso de serviços de saúde quando os sintomas de pneumonia estiverem presentes também é baixo nesses países (50% a 60%). O grupo de 5 a 9 anos de idade tem sido negligenciado, tanto no que diz respeito às intervenções de saúde como à quantificação. Na América Latina e Caribe, as lesões causadas por colisões no trânsito e as lesões não intencionais se encontram entre as principais causas de morte entre crianças de 5 a 14 anos. As doenças infecciosas (infecções respiratórias, diarreia, tuberculose e meningite, entre outras) são a segunda entre as principais causas de morte.

**Saúde dos adolescentes.** Atualmente, a população de jovens é a maior coorte da história do mundo e da Região. Estima-se que 16% da população total das Américas

se encontrem no grupo de 10 a 19 anos de idade (18% na América Latina e Caribe) (118). A educação tem sido identificada como um dos determinantes estruturais da saúde dos adolescentes. Estima-se que, nas Américas, a taxa de alfabetização dos jovens de 15 a 24 anos supere os 98%, com um índice de paridade de gênero próximo a 1. No entanto, na maioria dos países, a porcentagem de adolescentes matriculados na escola secundária é significativamente menor. As principais causas de morte em adolescentes são as externas, especialmente os homicídios, suicídios e lesões causadas pelos acidentes de trânsito. Oito dos 11 países com dados sobre anemia em adolescentes de 12 a 19 anos informaram porcentagens de 10% ou mais. A maconha é a substância psicoativa mais usada entre os adolescentes depois do tabaco e do álcool. De acordo com um relatório de 2015 da Organização dos Estados Americanos (OEA) sobre o uso de drogas nas Américas, o consumo de maconha durante toda a vida entre estudantes do 12º ano variou de 1,9% na Venezuela a 49,4% no Chile e, no ano passado, de 1,1% na República Dominicana a 38,9% no Chile (119). As taxas de fecundidade dos adolescentes no Canadá e Estados Unidos se encontram abaixo da média mundial e diminuíram continuamente na última década. Em contraste, a região da América Latina e Caribe está em segundo lugar no mundo quanto à taxa de fecundidade de adolescentes, estimada em 66,5 nascimentos por 1 000 mulheres de 15 a 19 anos no período 2010–2015, em comparação com 46 nascimentos por 1 000 mulheres na mesma faixa etária em todo o mundo (120). Segundo estimativas do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids (UNAIDS), a prevalência do HIV em adolescentes na América Latina e Caribe vem diminuindo, com uma taxa estimada de 0,16% entre as meninas e 0,23% entre os meninos. Os dados mostram tendências crescentes no conhecimento exaustivo sobre HIV e no uso de preservativos com parceiros não regulares na Região.

**Saúde materna.** Houve importantes avanços na área da saúde materna. Todos os países das Américas melhoraram seus índices de desenvolvimento humano (IDH) entre 1990 e 2014, o que teve uma repercussão positiva sobre a saúde materna. A atenção pré-natal, avaliada pela porcentagem de grávidas com pelo menos quatro consultas de controle pré-natal, melhorou em toda a Região, passando de 79,4% em 2005 para 88,2% em 2016. A cobertura do controle pré-natal na América Latina e Caribe, de 72,6% em 2005, aumentou para 85,7% em 2016. No entanto, nove países permanecem abaixo da média regional para a América Latina e Caribe; oito deles são também países com IDH mais baixo e maior desigualdade de gênero. No período 2005–2015, a cobertura do parto institucionalizado passou de 91,3% para 95,6%. A cobertura média do parto institucionalizado na

América Latina e Caribe é de 93,8%; sete países estão abaixo dessa média, com coberturas que variam de 93,2% em Belize a 50% no Haiti. Cinco desses sete países apresentam baixo IDH e alta desigualdade de gênero. Quatro deles (Bolívia, Guatemala, Haiti e Honduras) apresentam, além disso, níveis baixos de atenção pré-natal. A meta de redução da mortalidade materna dos ODM não foi alcançada em nenhum país das Américas. Mundialmente, a redução da mortalidade materna entre 1990 e 2015 alcançou 44%, enquanto na Região das Américas foi de 49%. Embora a maioria dos países da América Latina e Caribe tenha reduzido seus números de mortalidade materna, ainda há 13 países cujas taxas de mortalidade materna se encontram acima da mortalidade materna média, de 68 por 100 000 nascidos vivos em 2015.

**Saúde do idoso.** Em todos os países da Região das Américas, observa-se um crescente envelhecimento da população (121). Atualmente, a expectativa de vida aos 60 anos está calculada em 21 anos; 81% das pessoas que nascem na Região viverão até os 60 anos, e 42% delas ultrapassarão os 80 anos de idade (122). Em 2016, as pessoas de 80 anos ou mais representavam 3% da população da Região. No entanto, estima-se que esse grupo populacional será o de maior incremento proporcional, com um pico de crescimento muito pronunciado a partir de 2025. A sub-região do Caribe tem atualmente a população mais envelhecida da América Latina e Caribe, enquanto a América Central é a sub-região de população mais jovem. Quanto às causas de morte no grupo dos maiores de 60 anos de idade, em 2012 as doenças isquêmicas do coração constituíram a principal causa (14,51%), seguidas pelas doenças cerebrovasculares (7,67%) e pela demência e mal de Alzheimer (6,21%), que têm um peso muito maior entre as causas de morte nessa faixa etária na Região. O aumento da expectativa de vida não tem se traduzido em mais anos de vida saudável e sem deficiência. Em 2015, estimou-se que a expectativa de vida saudável na Região das Américas era de 65 anos, com um número de anos de vida pouco saudável que variava de país para país, desde 8,3 anos na Guiana até 10,9 nos Estados Unidos. O Canadá e a Costa Rica são os países com os valores estimados mais altos de expectativa de vida saudável após os 70 anos. Em contrapartida, o Haiti e a Guiana apresentam uma expectativa de vida saudável inferior a 60 anos de idade, e países como Estados Unidos, Porto Rico e Venezuela perdem 10 anos de expectativa de vida saudável. Essas estimativas respaldam o argumento de que o aumento da expectativa de vida foi acompanhado por uma expansão da morbidade e, sobretudo, de deficiências.

## AS DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE

A equidade em saúde é uma expressão cardinal da justiça social. Obtém-se igualdade em saúde quando todas as pessoas têm a oportunidade de alcançar todo o seu potencial em termos de saúde e, no processo de alcançar esse potencial, ninguém é excluído ou fica em desvantagem em decorrência de sua posição social ou de outras circunstâncias determinadas socialmente. Esse imperativo ético é acompanhado por um imperativo político, já que atualmente se reconhece que a equidade social é um requisito da boa governança; assim, a equidade é um objetivo político, e esse objetivo consiste em criar oportunidades iguais de bem-estar e saúde. De fato, sem igualdade social é impossível garantir a sustentabilidade do desenvolvimento humano (123). É por reconhecer tudo isso que a Agenda 2030 — adotada por todos os países membros das Nações Unidas em 2015 — explicitou a promessa de **não deixar ninguém para trás**.

### ***Duas noções inseparáveis: equidade em saúde e determinantes sociais da saúde***

Aspirar à equidade em saúde, inclusive ao acesso e cobertura universais de saúde, implica modificar a distribuição subjacente e a função dos determinantes sociais da saúde — ou seja, as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que afetam essas circunstâncias, como a distribuição da riqueza, poder e recursos em nível mundial, nacional e local. Uma ação transformadora — e, portanto, equalizadora — que trate dos determinantes sociais da saúde exige, por um lado, abandonar a prática de uma saúde pública fundamentada no paradigma dos fatores de risco, que enfoca o indivíduo e os comportamentos e, por outro lado, adotar um enfoque mais amplo de política pública que empodere os indivíduos e as comunidades para exercerem controle sobre suas circunstâncias — uma perspectiva multidisciplinar e essencialmente intersetorial, norteada pelo princípio da *saúde em todas as políticas*.

### ***As Américas: uma região vibrante que enfrenta o flagelo de persistentes desigualdades***

Garantir o direito universal à saúde continuará sendo unicamente uma aspiração se não forem enfrentadas as profundas desigualdades sociais que existem por trás das lacunas de saúde na Região. Estudos empíricos oferecem provas claras de que os grupos populacionais que apresentam os piores resultados em matéria de saúde nos países de nossa Região são também os grupos que exibem de forma concreta a desigualdade socioeconômica, com baixos níveis de renda e consumo, moradias de má qualidade, empregos precários,

acesso deficiente a serviços de saúde de qualidade, menor oportunidade de acesso à educação, acesso deficiente a serviços de água e saneamento, marginalização e exclusão e discriminação sociais (39, 40).

A persistência tenaz das profundas desigualdades sociais — e, em consequência, das profundas desigualdades na saúde da população e na carga da doença — é constatada inclusive nos países da América Latina onde têm sido realizadas reformas políticas, econômicas e sociais “pós-neoliberais” para fazer face ao modelo neoliberal surgido nos anos 1980 (124). A causalidade ocorre em ambas as direções: por um lado, as condições associadas com a pobreza (como a precariedade material, o estresse e a desnutrição) incidem diretamente sobre a saúde das pessoas e também limitam seu acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, uma saúde débil limita o potencial de geração de renda e de mobilidade social, pois reduz o rendimento na escola, no trabalho e na sociedade.

### **Uma visão regional da saúde sob a perspectiva dos ODM e através da lente da equidade**

Apesar do impacto estrutural de legados coloniais adversos, grande injustiça social e profundas desigualdades socioeconômicas (39), a Região das Américas, sobretudo a América Latina, passou por um ciclo macroeconômico virtuoso que produziu crescimento econômico, reduziu a pobreza e a miséria e diminuiu a desigualdade na distribuição da renda durante grande parte do período 1990–2015. Esse período coincidiu com o horizonte temporal dos ODM. Conforme registrado nesta edição e na edição anterior (116), a Região consolidou ganhos inegáveis em saúde, tendo alcançado, inclusive, várias das metas estabelecidas no ODM 4 (mortalidade infantil), ODM 6 (incidência do HIV, TB) e ODM 7 (acesso à água).

Apesar das melhorias indiscutíveis em termos gerais, uma visão regional da saúde pela perspectiva dos ODM revela um quadro diferente e mais preocupante quando examinado pela lente da equidade. De modo geral, a consecução e/ou o avanço rumo aos ODM na área da saúde não foram acompanhados por uma redução sistemática das desigualdades sociais em saúde, sobretudo em termos da diminuição da desigualdade relativa,<sup>2</sup> que costuma ser o indicador mais sensível ao impacto das políticas direcionadas aos segmentos populacionais em situação de maior desvantagem social necessárias para *não deixar ninguém para trás*. O ODM 5 (mortalidade materna), um exemplo

ilustrativo — e dramático —, é descrito na **Figura 4** como um painel da situação da mortalidade materna através da lente da igualdade.

Em média, a Região conseguiu reduzir pela metade a taxa de mortalidade materna entre 1990 (101,8 por 100 000 nascidos vivos) e 2015 (51,7 por 100 000 nascidos vivos). Em princípio, essa informação é necessária e suficiente para avaliar se o ODM 5 foi cumprido ou não (ou seja, se foi obtida uma redução de 75%). Contudo, tanto os *equiplots* (canto superior esquerdo do painel) como os histogramas de quartis do desenvolvimento humano entre os países (canto inferior esquerdo) mostram que, embora as lacunas absolutas na sobrevivência materna tenham sido reduzidas — sobretudo às custas de uma redução da mortalidade materna nos países do quartil com os níveis mais baixos de desenvolvimento humano —, os gradientes de desigualdade na mortalidade materna persistem. Tanto as curvas de regressão (canto superior direito) como as curvas de concentração (canto inferior direito) da desigualdade social (ou seja, segundo o desenvolvimento humano) em mortalidade materna entre os países das Américas, que oferecem uma medida mais sofisticada e precisa do gradiente de desigualdade (isto é, o coeficiente angular da desigualdade e o índice de concentração em saúde, respectivamente), confirmam esse efeito indesejável. De fato, 50% das mortes maternas na Região continuam concentradas nos 20% compostos pelos países com os níveis mais baixos de desenvolvimento humano — um quadro que não se alterou no período 1990–2015. Essas mães são as pessoas que *deixamos para trás*.

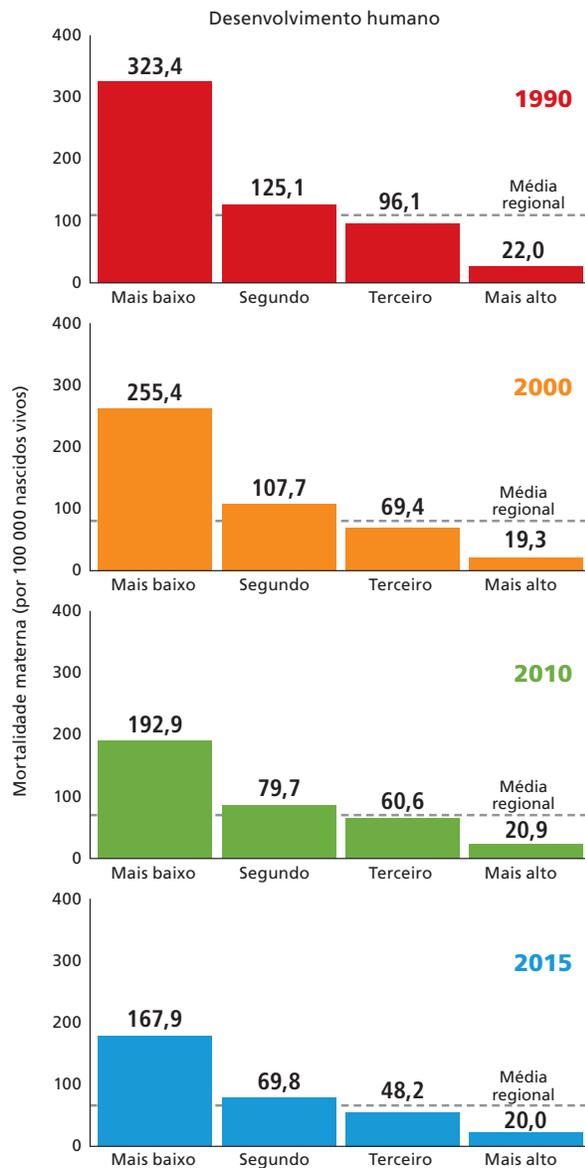
As desigualdades em saúde *entre países* análogas às ilustradas aqui com a mortalidade materna foram documentadas com outros indicadores de resultados em saúde e em outras etapas da vida (116). Mais relevantes ainda são as evidências disponíveis sobre as desigualdades em saúde *dentro dos países* e com base em microdados de pesquisas populacionais (41).

### **A persistência das iniquidades e desigualdades na Região**

As Américas — em particular a América Latina e o Caribe — estão entre as regiões de maior desigualdade social e de saúde no mundo (77, 78, 116), sobretudo em termos de desigualdade na distribuição da renda — o ponto de partida para as crenças em geral sobre desigualdade regional. Contudo, as desigualdades sociais, econômicas e de saúde constatadas em nossa Região costumam ser resultado de

2 Diferentemente da desigualdade absoluta, que reflete a magnitude das diferenças em saúde entre os grupos sociais, a desigualdade relativa mostra as diferenças *proporcionais* em saúde entre os grupos sociais.

**Figura 4. Medidas de desigualdade sociogeográfica em mortalidade materna (ODM5), América Latina e Caribe, 1990, 2000, 2010 e 2015**



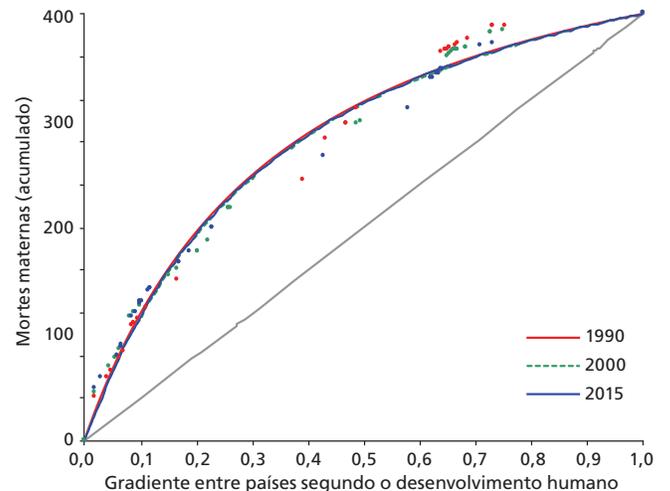
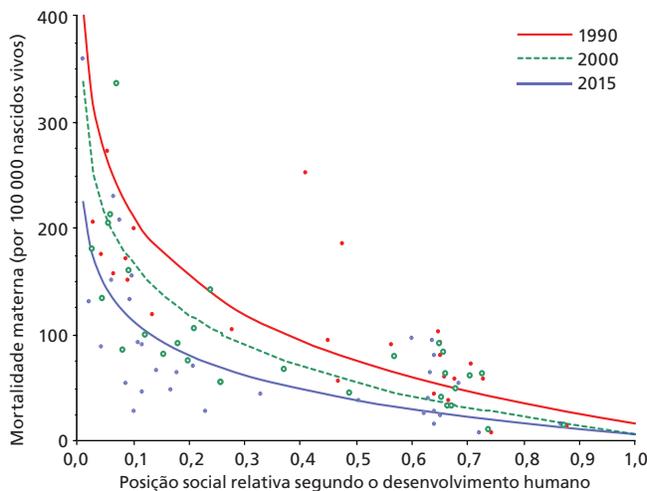
Métrica da desigualdade	Métrica da desigualdade	Ano	Valor em pontos	IC95%	
				Inferior	Superior
Desenvolvimento humano	KI absoluto	1990	301,4	296,0	306,8
		2000	236,1	231,2	240,9
		2010	171,9	167,6	176,2
		2015	147,9	143,8	152,0
	KI relativo	1990	14,72	13,81	15,69
		2000	13,24	12,36	14,18
		2010	9,21	8,61	9,86
		2015	8,39	7,82	9,00
	SII	1990	-249,4	-256,1	-137,4
		2000	-191,3	-196,8	-121,9
		2010	-145,3	-150,6	-91,3
		2015	-120,5	-203,1	-87,5
HCI	1990	-0,42	-0,57	-0,28	
	2000	-0,42	-0,55	-0,29	
	2010	-0,39	-0,52	-0,27	
	2015	-0,42	-0,55	-0,29	

KI = índice de Kuznets

SII = coeficiente angular de desigualdade

HCI = índice de concentração de saúde

\* Afastamento estatisticamente significativo da igualdade em nível de confiança de 95% ( $P < 0,05$ ).



algo mais profundo e, talvez, menos evidente: políticas, leis e regulamentações cuja concepção e implementação refletem a desigualdade no acesso ao poder arraigada em nossos países.

A desigualdade extrema pode alterar o processo de formulação de políticas, mesmo em contextos democráticos, pois se traduz em desequilíbrios na forma como o poder de influenciar o processo político é distribuído em uma sociedade. Portanto, isso reduz as possibilidades reais de quem não detém esse poder para superar a pobreza e a exclusão e, assim, desfrutar de condições de vida decentes e satisfatórias, inclusive gozar de plena saúde.

A formulação de políticas engloba discussão, aprovação e execução das políticas públicas. Pode-se entendê-la como um processo de negociações e intercâmbios (ou transações) entre agentes que ocorre em cenários formais e informais. Quando esse processo ocorre em contextos caracterizados por desigualdades profundas, as circunstâncias, as realidades e as agendas das elites — os agentes privilegiados que concentram o poder de influir no processo político — tendem a ser refletidas com mais força na natureza das políticas resultantes que regem nossas sociedades, reforçando a cultura de privilégios que impera em nossa região (125). Assim, as elites e suas redes, com suas ideias e recursos, podem ser sinônimo de forças com grande potencial para moldar, em seu favor, as condições de geração e apropriação do superávit econômico e do funcionamento das instituições estatais formais em detrimento do interesse geral. A influência exercida pelas elites e a consequente cooptação de políticas (por exemplo, as de tributação progressiva) não são apenas obstáculos estruturais ao combate das desigualdades, mas também violam preceitos básicos da democracia, enfraquecem suas instituições e corrompem o processo de formulação de políticas em geral.

Na conjuntura atual, em vista do cenário de desenvolvimento sustentável promovido pela Agenda 2030, a OPAS identifica um papel-chave a ser cumprido para fazer com que o processo de formulação de políticas seja mais equitativo e mais eficaz na promoção do direito universal à saúde. Em primeiro lugar, a OPAS deve continuar a produzir e disseminar análises concretas e evidências sobre os determinantes sociais da saúde (ou seja, sobre a estreita correlação existente entre as condições sociais dos diversos grupos populacionais e suas condições de saúde) e a desigualdade distributiva imposta por essas condições sociais sobre a saúde. Além disso, será fundamental zelar para que essas evidências sejam refletidas nas recomendações sobre as políticas de saúde pública — inclusive as relativas ao acesso aos serviços de saúde, um dos canais para traduzir condições socioeconômicas em condições de saúde — bem como nas recomendações sobre as políticas

sociais e econômicas de maneira mais ampla. Por outro lado, garantir que a saúde não seja apenas um privilégio de poucos na Região também implica a necessidade de facilitar a cooperação técnica para gerar a defesa política da causa da igualdade social em saúde.

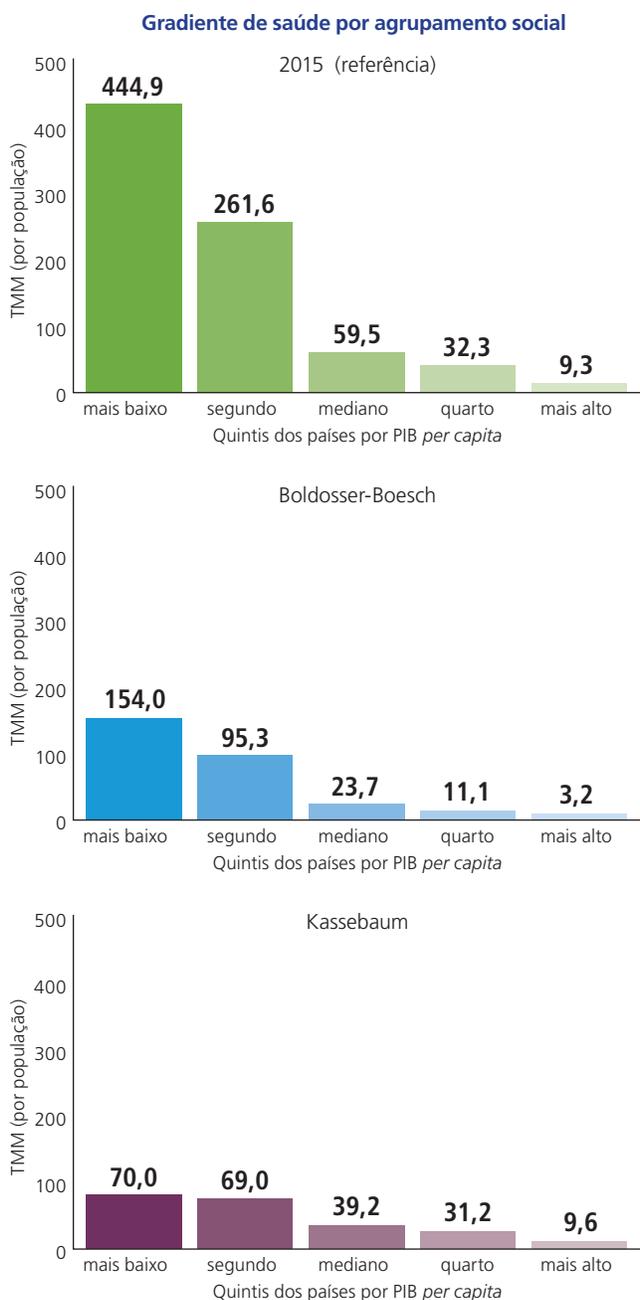
### ***Não deixar ninguém para trás... Como prestar contas sobre a nossa promessa***

Não obstante sua ênfase inegável e oportuna na igualdade, a Agenda 2030 e seus Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) recomendam maior disponibilidade de dados desagregados por variáveis que geram estratificação social, porém não contemplam metas explícitas nem definem indicadores específicos para a redução das desigualdades sociais em saúde nem para o avanço rumo à igualdade em saúde. Construir a capacidade institucional para medir, analisar, monitorar e comunicar desigualdades sociais em saúde, bem como para embasar a tomada de decisões e gerar a defesa política da igualdade em saúde ao longo do ciclo da vida, é fundamental para criar e fortalecer as capacidades nacionais para prestar contas sobre a promessa de *não deixar ninguém para trás* no caminho rumo ao desenvolvimento sustentável em 2030.

Um debate recente e ainda sem solução sobre a definição de metas para a mortalidade materna nos ODS, publicado em uma importante revista científica (126), oferece um exemplo eloquente da necessidade de refletir seriamente a respeito de como prestar contas do impacto que a Agenda 2030 pode gerar — ou não — sobre a igualdade em saúde. A meta 3.1 dos ODS contempla a redução da taxa de mortalidade materna *mundial* para menos de 70 para cada 100 000 nascidos vivos até 2030. Embora ainda não haja definição sobre como essa meta será incorporada em nível nacional, uma proposta, de Boldosser-Boesch et al. (126), é converter a meta mundial em meta nacional relativa, equivalente a uma redução de dois terços da mortalidade materna entre 2015 e 2030. Outra proposta (Kassebaum et al.) (126) é converter a meta mundial em meta nacional análoga absoluta, isto é, reduzir a mortalidade materna para menos de 70 por 100 000 nascidos vivos até 2030. A **Figura 5** ilustra o possível impacto distributivo da mortalidade materna entre 2015 e 2030 no gradiente social definido por quintis de renda *per capita* entre todos os países do mundo com base nessas duas propostas.

Essa análise exploratória e prospectiva gera uma mensagem da maior relevância para o êxito da Agenda 2030: apenas uma análise sistemática das desigualdades sociais em saúde consideradas injustas e evitáveis permitirá identificar *quem estamos deixando para trás*; isso implica construir a

**Figura 5. Desigualdade relacionada à renda em mortalidade materna entre países: cenário de equidade 2030 de acordo com critérios de estabelecimento de metas**



capacidade institucional para estudar a igualdade distributiva dos ganhos em saúde (em termos de acesso e resultados) em grupos populacionais socialmente determinados, bem como quantificar a magnitude da desigualdade social em saúde por meio de medidas compostas padronizadas ao longo do tempo e do ciclo de vida. Além disso, só o monitoramento das

desigualdades permitirá verificar o impacto de políticas a favor da igualdade e o avanço no compromisso de efetivamente *não deixar ninguém para trás*. Essa exigência de prestar contas sobre o avanço rumo à igualdade em saúde foi prevista de forma clara em 2008, no relatório final da Comissão da OMS sobre os Determinantes Sociais da Saúde, cuja terceira recomendação geral invoca a necessidade de evidências: sem elas, o chamado à igualdade e à justiça social será meramente um exercício retórico.

## SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

O objetivo central dos sistemas de saúde é melhorar a saúde e o bem-estar da população mediante o avanço progressivo rumo à saúde universal. O financiamento, a governança e o planejamento eficiente da formação dos recursos humanos são elementos essenciais para assegurar a capacidade do sistema nas ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e atenção paliativa para toda a população (1, 127).

Nesta seção, estão resumidas algumas estatísticas selecionadas de desempenho e impacto dos sistemas de saúde durante a década mais recente em seu avanço rumo à saúde universal. Esses indicadores refletem aspectos do estado de saúde da população que podem ser atribuídos aos serviços de saúde e são considerados do ponto de vista da equidade, buscando vínculos explícitos com os determinantes sociais da saúde.

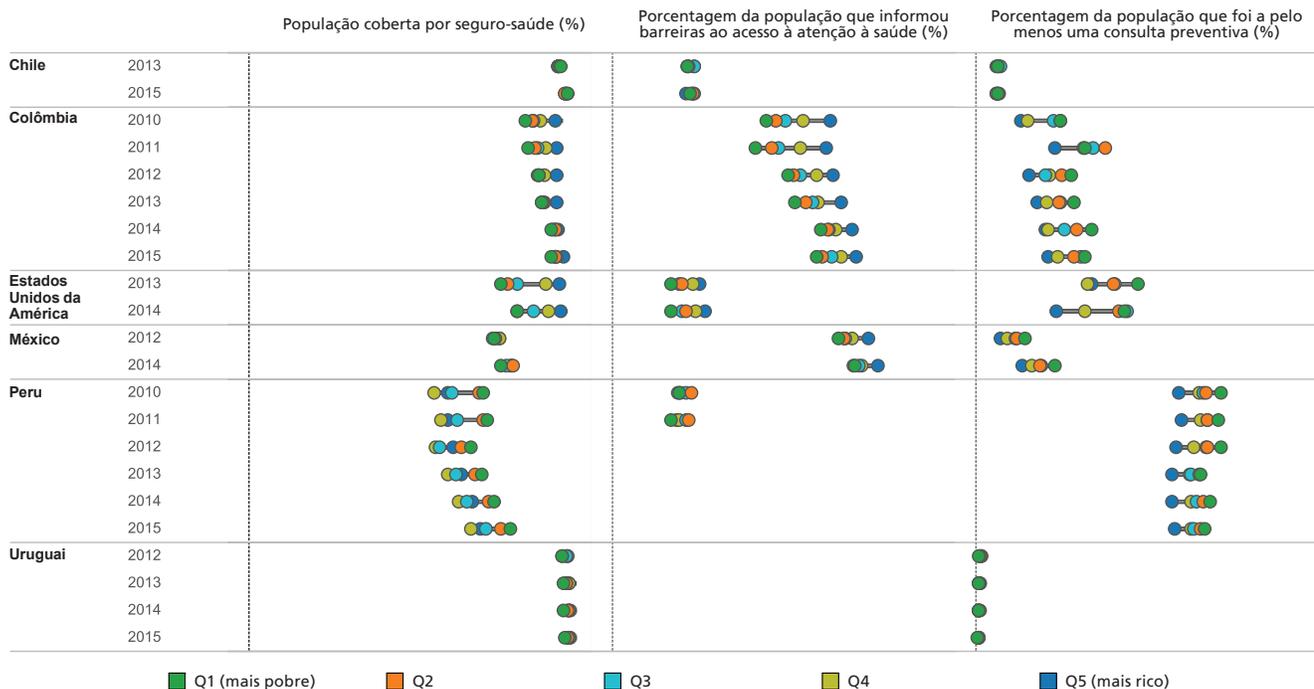
A análise de tendência é feita por meio de exemplos que levam em conta três dimensões: 1) acesso e cobertura universal dos serviços de saúde, 2) financiamento da saúde e 3) atividades dos serviços de saúde.

### Acesso e cobertura universal dos serviços de saúde

O monitoramento da saúde universal exige o uso de métricas específicas das duas dimensões inerentes a esse conceito: acesso e cobertura. As métricas orientadas apenas para descrever a oferta e a prestação de serviços de saúde ignoram as barreiras que impedem o acesso de alguns segmentos da população e, assim, têm pouca utilidade para os responsáveis pela formulação de políticas com o intuito de ampliar o acesso (1, 128-130).

A **Figura 6** mostra a distribuição segundo quintis da cobertura populacional, as consultas preventivas e as barreiras de acesso aos serviços de saúde entre 2010 e 2015 em seis países selecionados da Região das Américas. A figura

**Figura 6. Evolução da distribuição por quintis da renda por cobertura populacional, consultas preventivas e barreiras ao acesso em países selecionados, 2010-2015**



também mostra que esses países obtiveram progressos tanto na cobertura como no acesso, o que de modo geral foi acompanhado por reduções nas desigualdades associadas à renda. Os resultados mostram ainda que as métricas de cobertura e acesso são complementares e que seu monitoramento é necessário para avançar na efetivação da igualdade em saúde.

Entre 2013 e 2015, a cobertura populacional foi alta nos países estudados, com um máximo de 98% no Chile e um mínimo de 73% no Peru. No entanto, a cobertura se associa à renda: nos Estados Unidos, a cobertura dos domicílios mais pobres ficou 14 pontos percentuais abaixo da média; no Peru, ficou 12 pontos percentuais abaixo da média. Altos níveis de cobertura populacional nem sempre corresponderam a níveis elevados de consultas preventivas ou a uma redução nas barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Assegurar o acesso às consultas preventivas é um componente fundamental da saúde universal. De modo geral, espera-se que os adultos façam pelo menos uma consulta preventiva ao ano, como parte da triagem e do diagnóstico precoce (12). A Figura 6 mostra as tendências globais de ampliação do acesso aos serviços preventivos de saúde, particularmente

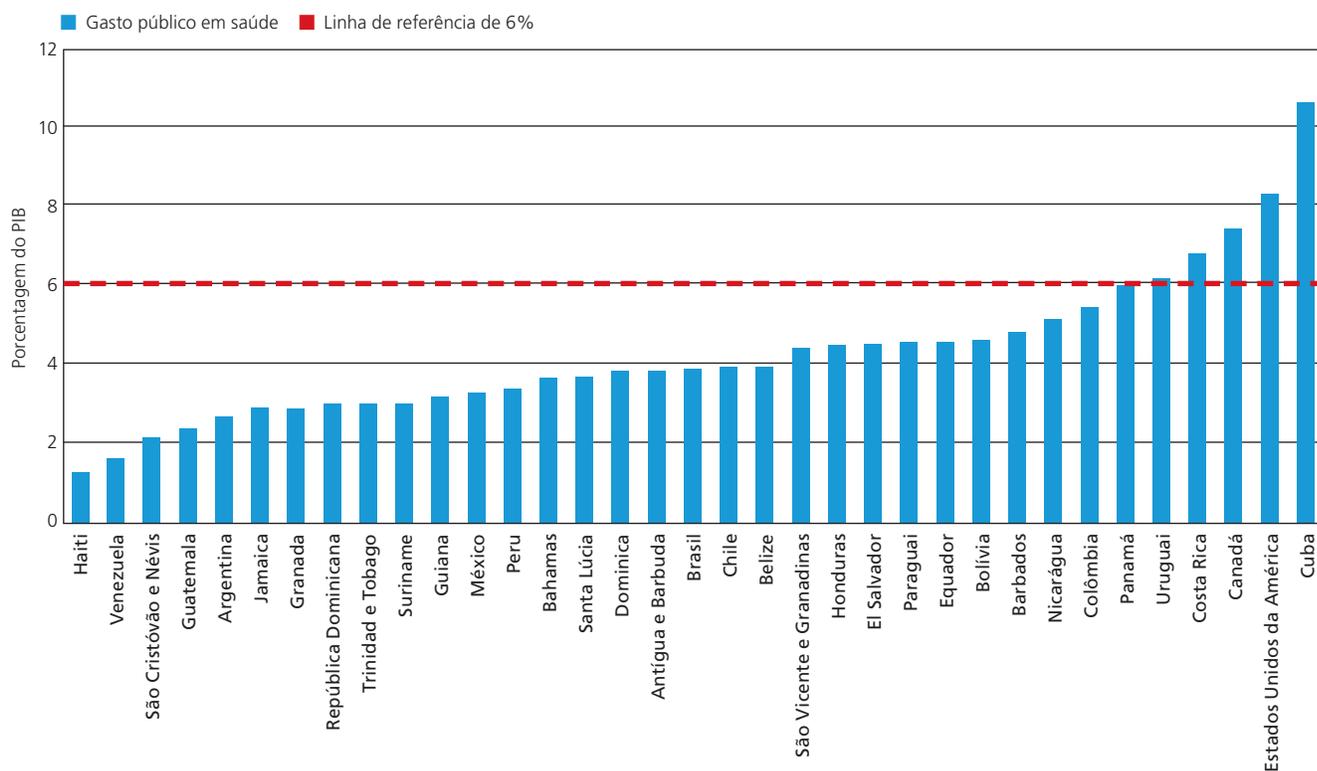
na Colômbia e no México, embora persistam lacunas entre as famílias localizadas nos extremos da distribuição da renda. Quanto às barreiras de acesso aos serviços, a porcentagem de famílias que informaram haver enfrentado tais barreiras entre 2014 e 2015 foi muito baixa no Chile (2,3%) e no Uruguai (< 1%), e alta no Peru (19,9%). Esse indicador também mostra características inequívocas de desigualdades associadas à renda. De modo geral, porém, as desigualdades foram reduzidas na maioria dos países selecionados conforme todos os indicadores, o que revela mudanças favoráveis no sentido da equidade.

### Financiamento da saúde

Um dos indicadores mais conhecidos e informativos para avaliar a sustentabilidade das mudanças nos gastos em saúde é a razão entre esses gastos e o tamanho da economia medido pelo PIB. Os países da Região se comprometeram a aumentar o gasto público em saúde até pelo menos 6% de seu PIB, como meio de aumentar a proteção financeira no âmbito da saúde universal e reduzir as desigualdades (127).

Em 2014, o total dos gastos em saúde correspondeu, em média, a 7,4% do PIB (média simple da Região), porém com grandes desníveis, pois apenas Canadá, Costa Rica, Cuba,

**Figura 7a. Gasto público em saúde como porcentagem do PIB, 2014**



Estados Unidos e Uruguai superaram o limiar de 6% do gasto público em saúde como porcentagem do PIB (**Figura 7a**).

Houve aumento dos gastos públicos em 23 países entre 2010 e 2014 (**Figura 7b**). À exceção de Bolívia, Equador, Peru, Suriname e Uruguai, esses incrementos foram inferiores aos alcançados no quinquênio anterior (2005–2009). Entre 2010 e 2014, vários países reduziram seus gastos em 2% a 36%.

### Atividades dos serviços de saúde

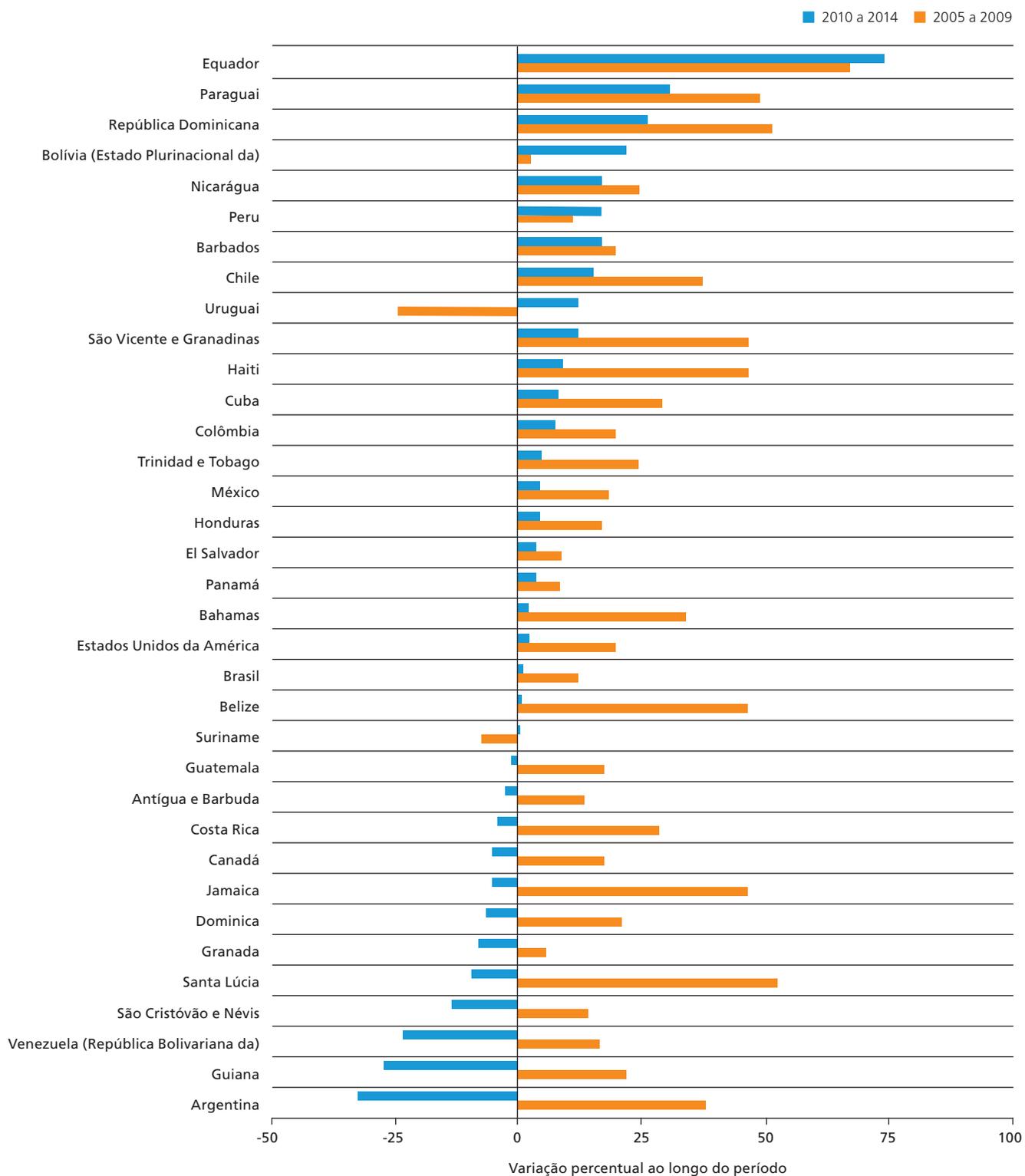
O fortalecimento da atenção primária é essencial para alcançar a saúde universal na Região. Um modelo de atenção centrado nas pessoas e nas comunidades deve ter capacidade resolutiva na atenção primária suficiente para oferecer um serviço integral e coordenado, usando equipes de saúde multidisciplinares e a participação de outros setores além do setor da saúde, inclusive para atender e tratar pacientes com necessidades complexas.

A avaliação das condições de saúde sensíveis à atenção primária (CSSAP) permite calibrar a capacidade de resposta da atenção primária em termos de hospitalizações desnecessárias, sob a lógica de que as internações hospitalares

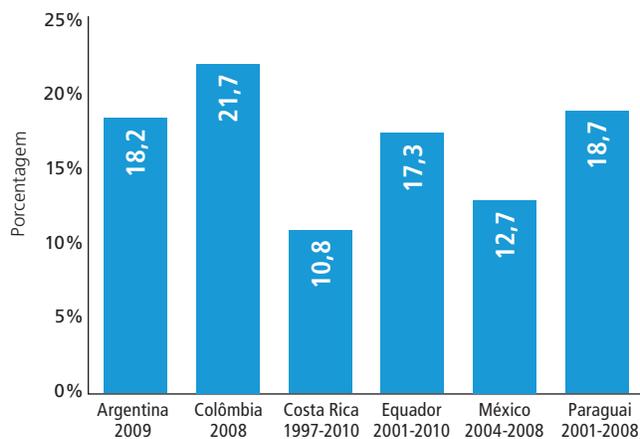
para doenças como asma, diabetes ou hipertensão podem ser evitadas ou minimizadas com melhores programas de promoção, intervenções preventivas específicas e acesso oportuno ao primeiro nível de atenção. As hospitalizações por CSSAP, como indicador da atividade dos serviços de saúde, constituem uma medida indireta e reveladora do funcionamento da atenção primária. Esse indicador pode encorajar os tomadores de decisão que supervisionam a organização de serviços de saúde a configurar redes integradas de atenção à de saúde e, assim, aumentar a eficácia do cuidado (131).

A **Figura 8** apresenta as taxas médias de internações hospitalares por CSSAP entre 2001 e 2009 em seis países selecionados. As taxas de hospitalização variaram de 10,8% para a Costa Rica a 21,6% para a Colômbia. Os resultados desse indicador devem ser interpretados levando em conta as particularidades nacionais, pois a demanda por hospitalização está relacionada com a disponibilidade de recursos, as deficiências no sistema de saúde e a fase da transição epidemiológica em que se encontra cada país. Assim, ao

**Figura 7b. Gasto público em saúde, variação percentual**



**Figura 8. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em países selecionados, 2001–2009**



interpretar esse indicador, é preciso levar em conta outros fatores que afetam a capacidade de resposta do sistema de saúde. Uma das metas do Plano Estratégico da OPAS para o período 2014–2019 é reduzir em ao menos 0% a porcentagem de hospitalizações por CSSAP até 2019, razão pela qual é importante que os países mensurem e monitorem esse indicador.

### **➔ O QUE SE CONCLUI DESTA SEÇÃO:**

- Quase todos os países da Região, com exceção dos mais pobres, alcançaram boa cobertura em termos de intervenções materno-infantis em nível agregado. No entanto, persistem desigualdades associadas à situação socioeconômica e a outros determinantes sociais da saúde, que incidem fortemente sobre a saúde e o acesso aos serviços.
- A proporção de cobertura por seguro de saúde é elevada na Região, mas isso nem sempre se traduziu em níveis elevados de uso de serviços preventivos nem na redução das barreiras ao acesso. O uso de serviços preventivos está fortemente condicionado pelas persistentes desigualdades entre ricos e pobres.
- A mortalidade evitável associada aos serviços de saúde foi reduzida na maioria dos países entre 2010 e 2014, mas também houve aumento, sobretudo no Caribe não hispânico.
- Apesar dos esforços e avanços de alguns países, a distribuição dos profissionais da saúde apresenta grandes disparidades na Região. Alguns países enfrentam não apenas uma carência de profissionais da saúde, mas também uma distribuição dessa força de trabalho que é fracamente correlacionada com o panorama epidemiológico e a distribuição geográfica e demográfica da morbidade.
- Os gastos em saúde mostram uma significativa variabilidade entre países e um avanço regional muito insuficiente.
- Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos e Uruguai são os únicos que destinam mais de 6% de seu PIB para o gasto público em saúde. Houve aumento dos gastos em relação ao PIB em 23 países da Região entre 2010 e 2014, mas o incremento foi inferior ao observado no quinquênio anterior, à exceção de Bolívia, Equador, Peru, Suriname e Uruguai.
- Os gastos diretos das pessoas continuam altos na maioria dos países da Região. O desembolso pessoal caiu em mais da metade dos países, mas aumentou em outros.



# PANORAMA FUTURO DA SAÚDE NA REGIÃO



O êxito e a eficácia na gestão da saúde não dependem somente da capacidade de prever a situação de saúde e suas tendências na Região. Dependem também da flexibilidade dos sistemas de saúde para reagir às pressões do contexto físico e social em circunstâncias incertas e nas quais as contingências parecem prevalecer sobre as regularidades. A vigilância sanitária e a observação ganham novas dimensões diante do vasto espectro multinível dos determinantes da saúde e devem ser estendidas aos domínios da inteligência em saúde, indo além de simplesmente explicar o que ocorreu ou registrar o que ocorre. Para antever cenários não basta previsão, é preciso que haja construção.

**P**aralelamente ao envelhecimento populacional, que pode ser previsto até certo ponto usando modelos de variações demográficas, outros fenômenos, como as migrações e as turbulências políticas nacionais e mundiais, as crises econômicas e os efeitos da mudança climática, parecem muito mais suscetíveis às intervenções do acaso ou a modelos de caos e complexidade.

O presente capítulo examina várias temáticas que terão importância fundamental na agenda de desenvolvimento das próximas décadas. Após uma breve análise do alcance e das implicações do desenvolvimento sustentável, que fundamenta a necessidade da presença da saúde em todas as políticas, destaca-se o papel da comunidade e da sociedade civil. De fato, sem a participação e a influência desses agentes, tanto em escala nacional como local, é impossível conceber as mudanças necessárias no ambiente e nas políticas.

Além disso, o capítulo oferece uma exposição acerca da mudança de paradigma para a saúde e o desenvolvimento que representa o enfoque do ciclo da vida; as implicações dessa mudança se fazem sentir não apenas no exercício da

prática clínica e epidemiológica, mas também na organização dos serviços de saúde e na formação dos recursos humanos.

O capítulo também contempla as parcerias com outros setores, tanto dentro como fora das fronteiras nacionais, e os desafios que elas representam para a organização dos sistemas de saúde na medida em que todos trabalham juntos para abordar os determinantes sociais da saúde e promover o desenvolvimento equitativo sob o princípio do direito à saúde e como parte da estratégia de saúde universal.

Por último, se considera o efeito modulador das tecnologias da informação na sociedade moderna, juntamente com a relação cada vez mais palpável entre o desenvolvimento dessas tecnologias e o desenvolvimento social e econômico em geral.

## O CAMINHO PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

A expressão **desenvolvimento sustentável** foi cunhada em 1987 pela Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente

e Desenvolvimento. A intenção original era designar um “desenvolvimento que satisfaz as necessidades das gerações atuais sem comprometer as capacidades das gerações futuras de satisfazer as suas” (132). Assim, os aspectos ambientais ficariam incluídos entre os componentes essenciais do desenvolvimento. Em seu sentido original, o adjetivo *sustentável* aludia, sobretudo, aos aspectos ambientais, que, se supunha, estavam situados no centro das necessidades das gerações futuras, enquanto o substantivo *desenvolvimento* se referia às questões relacionadas com a pobreza e a dimensão econômica, nas quais estão concentrados os problemas das gerações atuais. Posteriormente, o conceito implícito na expressão *desenvolvimento sustentável* adquiriu conotações novas e mais amplas, com o reconhecimento dos fatores não ambientais da sustentabilidade e dos aspectos não econômicos do desenvolvimento (133).

O Princípio 1 da Declaração do Rio sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, firmada em 1992, reconhece que “os seres humanos estão no centro das preocupações com o desenvolvimento sustentável”, e que “têm direito a uma vida saudável e produtiva, em harmonia com a natureza” (134). Já o Capítulo 6 da Agenda 21, emanada da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, sublinha a necessidade de proteger e promover a saúde, com ênfase na assistência primária, no controle das doenças transmissíveis, na proteção dos grupos vulneráveis, na atenção à saúde nas zonas urbanas e na redução dos riscos associados à poluição do meio ambiente.

Desde então, se reconhece o vínculo indissolúvel entre a saúde e o desenvolvimento sustentável, e cada termo é ao mesmo tempo causa e consequência do outro. As metas do desenvolvimento sustentável são inalcançáveis em cenários de alta prevalência de doenças associadas à pobreza, e a saúde da população não pode ser preservada em contextos físicos e sociais adversos ao desenvolvimento. Se o desenvolvimento ocorrer à custa de estratégias não sustentáveis, as conquistas na esfera da saúde poderão se correlacionar com a melhoria das condições econômicas no curto prazo, mas elas podem não ser sustentáveis no longo prazo.

Os fatores sociais, como a instabilidade política, a violência, os conflitos armados e as desigualdades têm um efeito negativo sobre a saúde e o desenvolvimento. Assim, a saúde e o desenvolvimento sustentável ganham uma dimensão ética que os conecta com a saúde universal.

Dessa forma, a saúde da população deixa de ser um simples fator causal ou um aspecto aleatório do desenvolvimento econômico e se transforma em um componente essencial

deste. Nessa posição centrípeta da saúde humana, o propósito do desenvolvimento é melhorar as condições para o pleno gozo da saúde e do bem-estar da sociedade, de maneira equitativa e não excludente. Se o caminho para o desenvolvimento não levar a melhorias sustentadas na saúde, não pode ser concebido como desenvolvimento *sustentável*.

O desenvolvimento sustentável tem três dimensões: social, econômica e ambiental. Para alcançar o desenvolvimento sustentável, as três dimensões devem estar integradas de forma equilibrada, prestando a devida atenção às necessidades do presente, mas sem comprometer a capacidade para suprir as necessidades do futuro. As três dimensões se complementam reciprocamente no conceito de sustentabilidade. Nesse contexto, a saúde, como objeto de direito, é o ponto de convergência das três dimensões para o desenvolvimento sustentável (135).

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável representa um marco importante na história da saúde pública, pois destaca a importância da saúde como força motriz de uma nova qualidade de vida e bem-estar, além de situar o setor da saúde muito além de suas fronteiras tradicionais, no centro do desenvolvimento, da política e dos processos políticos. Os desafios da saúde exigem soluções complexas e, portanto, devem ter um potencial político para tirar proveito de oportunidades e produzir benefícios recíprocos em diversos setores. Por outro lado, a coprodução e os benefícios colaterais da saúde devem ser compartilhados por toda a sociedade. A Agenda 2030 estabelece um marco dentro do qual os bons resultados em matéria de saúde podem ter repercussões positivas sobre outros aspectos do desenvolvimento, que reciprocamente se beneficiarão da saúde (136).

Apesar da complexa interação dos ODS, o chamamento da Agenda 2030 é simples e direto: a fim de possibilitar um mundo mais equitativo para as gerações futuras, os países devem identificar quais são seus grupos mais vulneráveis, elaborar estratégias inovadoras para chegar a essas populações e monitorar os avanços rumo à consecução desses objetivos. No entanto, alcançar tais objetivos não deve ser responsabilidade exclusiva dos governos. Os ambiciosos objetivos e metas da Agenda 2030 devem ser apresentados na forma de ações práticas e factíveis para as pessoas, famílias e comunidades, que farão do desenvolvimento sustentável uma aspiração tangível.

## O PAPEL DA SOCIEDADE CIVIL E DA COMUNIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

A meta 3 dos ODS é “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”. Suas nove metas específicas representam um importante avanço em relação aos ODM relacionados com a saúde, pois contribuem com uma visão holística da saúde e seus determinantes que os ODM não conseguiam captar. A amplitude e a complexidade das metas, bem como os objetivos relacionados com a saúde em outras áreas da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (136), implicam maneiras diferentes de conceber e executar as estratégias de saúde pública, que envolvam outros agentes fora do setor da saúde. Uma sociedade civil ativa e dinâmica será vital para concretizar as transformações necessárias.

A Agenda 2030 afirma explicitamente que seus objetivos são “erradicar a pobreza e a fome, em todas as suas formas e dimensões, e garantir que todos os seres humanos possam realizar o seu potencial em dignidade e igualdade, em um ambiente saudável”. Além disso, reconhece a necessidade de promover parcerias entre governos e com o setor privado e a sociedade civil.

Num sentido amplo, a **sociedade civil** pode ser definida como todo o componente humano fora do aparato formal do Estado. Neste texto, no entanto, o termo sociedade civil será usado para designar grupos não vinculados ao governo cujo fim é promover a saúde e o bem-estar da população (137, 138).

A **comunidade** é um grupo específico de pessoas que usualmente vivem em uma zona geográfica particular e compartilham os mesmos valores e costumes, a mesma cultura e uma estrutura social que expressa o tipo de relações que o grupo consolidou ao longo do tempo. Os membros de uma comunidade formam sua identidade pessoal e social a partir das crenças, costumes e valores compartilhados que a comunidade abraçou, mesmo que esses possam mudar no futuro. Estão conscientes dessa identidade comunitária, compartilham necessidades e assumem um compromisso mais ou menos explícito de satisfazê-las. A saúde da comunidade é mais que a soma da saúde das pessoas que a integram. A comunidade é o contexto que gera o processo da saúde e do bem-estar, e para o qual convergem os efeitos dos determinantes sociais, físicos e ambientais da saúde (139, 140).

Uma sociedade civil dinâmica e comprometida pode exercer uma influência muito positiva sobre a resposta da população às ações voltadas para os determinantes sociais da saúde e das desigualdades em saúde. Embora o efeito da ação

comunitária esteja restrito por políticas excludentes e, de modo geral, pela falta de vontade política dos governos, as organizações sociais podem pôr em andamento movimentos e campanhas em grande escala, com efeitos dentro e fora das fronteiras nacionais (141). Aos governos, compete reservar e garantir um espaço para as comunidades e a sociedade civil na elaboração e implementação de políticas públicas. Por sua vez, a sociedade civil e as comunidades devem participar dos mecanismos de tomada de decisão de modo responsável e mediante processos transparentes e livres de conflitos de interesse. A OPAS deve instar os governos a promover espaços de participação, proporcionar colaboração técnica e zelar para que as políticas resultantes da interação com o setor não estatal sejam protegidas da influência e dos interesses do setor privado (141, 142).

É importante reconhecer a relevância local dos problemas de saúde. Esse reconhecimento tem grandes implicações práticas para programas e intervenções, pois o contexto é um modificador de efeitos: as soluções eficazes em termos de custo em um cenário poderiam carecer dessa eficácia em outros. Do mesmo modo, é importante aumentar as capacidades existentes nas comunidades e tirar partido delas. A construção de parcerias com órgãos governamentais, prestadores de serviços de saúde e organizações de base comunitária, entre outras entidades interessadas na saúde, será essencial para conseguir um avanço significativo no enfrentamento dos diversos desafios impostos pelas necessidades de saúde das comunidades. Além disso, é muito importante avaliar o impacto das intervenções.

Os programas comunitários baseados em múltiplas intervenções demonstraram êxito cada vez maior no sentido de gerar mudanças nos comportamentos de risco e no estilo de vida das populações. A ênfase nesse enfoque tem aumentado nas últimas décadas por conta da substituição de um paradigma centrado na busca quase frenética de fatores de risco individuais por outro que inclui em paralelo efeitos socioambientais, com base na convicção de que os estilos de vida e os comportamentos não resultam da livre escolha individual, mas são determinados, em grande parte, pelo contexto físico e social, com impactos sobre as relações interpessoais, a comunidade e as macroesferas políticas.

Apesar da ênfase na promoção da saúde comunitária, ainda resta muito a pesquisar quanto aos fatores determinantes e à dinâmica das mudanças em nível das populações. A promoção da saúde em nível comunitário é um marco conceitual que privilegia a prevenção primária do ponto de vista populacional. Os programas de prevenção de base comunitária são integrados e abrangentes e não se limitam

aos hospitais ou outros centros de atendimento. Ao contrário, envolvem os líderes comunitários, as redes sociais, as campanhas de comunicação em massa e a educação direta da população e estão voltados para o uso de estratégias que promovam mudanças no ambiente e nas políticas.

## A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE NO CICLO DA VIDA

O enfoque do ciclo da vida é tanto um novo paradigma de causalidade para a saúde e o desenvolvimento como um novo modelo para a organização dos serviços de saúde. A rede causal da saúde e do desenvolvimento não está confinada a intervalos de tempo estreitos; antes, se estende ao longo de todo o ciclo da vida, com implicações intergeracionais (143). Os sistemas de saúde devem ser adaptados a essa realidade e conceber um modelo de atenção proativo e contínuo.

Várias disciplinas médicas, desde a epidemiologia até as ciências médicas básicas, contribuíram para uma melhor compreensão da saúde e dos eventos de saúde que ocorrem no ciclo da vida. A saúde do adulto não é mais interpretada como o resultado de influências individuais que ocorrem em intervalos demarcados de tempo, mas como o resultado de uma complexa rede de fatores reciprocamente associados, cuja influência é sentida primeiro na vida pré-natal e tem efeitos intergeracionais (60, 144).

Os determinantes ambientais e sociais desempenham um papel decisivo nessa rede causal, seja como variáveis exógenas, seja como modificadores de efeitos, ou ambos. Tanto nos modelos baseados no acúmulo de efeitos como nos períodos críticos, esses determinantes produzem um enorme impacto sobre a saúde e sobre as desigualdades em saúde (51).

O paradigma causal do ciclo da vida tem profundas implicações para a organização e a prestação de serviços. Os sistemas de saúde devem deixar de ser estruturas que reagem a demandas episódicas de atenção, ou que operam a partir de programas verticais, para se transformar em sistemas proativos que contribuem para o empenho social de construir saúde e bem-estar (51). Esses horizontes expandidos de causalidade também influem na formação e alocação de recursos humanos, bem como em sua distribuição nos serviços de saúde (51).

Em um futuro não tão distante, a saúde pública, a organização dos serviços e a prática clínica estarão condicionadas também pelas necessidades de atender a um paciente que então já gozará de uma elevada expectativa de vida, embora com moléstias crônicas por muitos anos, além de limitações crescentes e da necessidade de receber atenção

de saúde por longos períodos. Apesar de seus males, porém, esse paciente pode chegar a desfrutar de certo bem-estar e sentir-se saudável (145).

No presente, já se vislumbra o início da evolução para um enfoque no qual a pessoa deixa de ser o “objeto das intervenções de saúde” para se transformar cada vez mais em um participante ativo na construção de sua saúde e na atenção às suas doenças (60, 145). Apesar das profundas desigualdades, as pessoas tendem a estar mais informadas — embora não necessariamente mais bem informadas — e a tomar decisões autônomas cada vez mais precoces e frequentes, sem a participação dos serviços de saúde. A saúde pública contemporânea não pode mais fechar os olhos para a participação das pessoas e de outros agentes na promoção da saúde (60). Um grande desafio na construção da saúde na próxima década será determinar as estratégias que considerem as influências bidirecionais entre esses novos agentes e os profissionais de saúde.

Como o enfoque do ciclo da vida é um processo dinâmico e um aspecto integral dos sistemas de atenção à saúde, os atuais sistemas de informação deverão ser redesenhados e fortalecidos, com melhorias de cobertura, qualidade e capacidade analítica para que seja possível trabalhar com indicadores relevantes e mensurar o progresso. A avaliação do impacto a partir do modelo do ciclo da vida deverá ter como base informações confiáveis provenientes de vários setores (educação, transportes, meio ambiente, finanças, emprego e sistema jurídico, entre outros), sem excluir os componentes do setor privado. Os sistemas de informação terão de ser reorientados para a busca e o registro de indicadores de bem-estar, dos níveis de funcionamento, da qualidade de vida e dos fatores ambientais, levando em consideração a interoperabilidade com os conjuntos de dados de outros setores. Caberá aos organismos regionais e aos governos dos países defender a adoção do enfoque do ciclo da vida e alcançar uma compreensão mais ampla da saúde da população e da prestação dos serviços de saúde.

## TRANSFORMAÇÕES NOS SISTEMAS DE SAÚDE PARA ALCANÇAR A SAÚDE UNIVERSAL

A falta de eficiência e igualdade nos sistemas de saúde foi responsável em grande medida pelo lento progresso de vários países na busca dos ODM. Ainda hoje, restam barreiras difíceis de superar na consecução das metas dos ODS. Alguns sistemas de saúde foram incapazes de enfrentar vários desafios contemporâneos diante da saúde e seus determinantes na Região, em particular os derivados da transição demográfica e epidemiológica ao longo de décadas

e os que surgem como consequência de desastres, epidemias, conflitos internos, mudança climática, corrupção, fontes escassas de financiamento, segmentação e fragmentação dos próprios sistemas e uma multiplicidade de outros fatores associados ao contexto físico e social.

A estratégia para o acesso à saúde universal acentua a necessidade de transformar os sistemas de saúde com base nos valores do direito à saúde, da solidariedade e da igualdade. Por esse ponto de vista, os sistemas de saúde constituem um componente essencial dos sistemas de proteção social. A saúde não pode ser concebida sem levar em consideração os seus determinantes sociais, as necessidades especiais das populações vulneráveis e uma perspectiva de longo prazo durante todo o ciclo da vida. Uma visão mais abrangente da saúde universal implica transcender o mero financiamento e alcançar uma transformação integral dos arranjos institucionais que regulam os recursos cruciais do sistema de saúde e influenciam o modelo de atenção. Nesse contexto, a igualdade de acesso a um modelo de atenção centrado nas pessoas e nas comunidades representa uma dimensão central na formulação de políticas de saúde que procurem avançar rumo à saúde universal (27, 146).

É essencial forjar consensos quanto ao significado do acesso universal e da cobertura universal de saúde com a participação da comunidade e da sociedade civil, em parceria com todos os governos e comprometendo todos os setores. A necessidade de uma ação coletiva e integrada sob a liderança das autoridades de saúde revela que os processos de transformação têm caráter eminentemente político. A natureza dos agentes envolvidos na formulação e implementação desses processos define as capacidades políticas e técnicas necessárias para garantir um caminho rumo à saúde universal.

Resolver os principais problemas de saúde e seus determinantes sociais e ambientais exigirá profundas transformações nos modelos de saúde a fim de fortalecer a governança e, ao mesmo tempo, a direção do setor. Exigirá ainda sistemas de regulamentação mais ativos e eficientes, mecanismos de financiamento mais transparentes e eficazes baseados nos princípios e valores da igualdade em saúde e uma melhor distribuição dos recursos humanos, de modo a atender as necessidades dos sistemas de saúde centrados nas pessoas e nas comunidades (147).

Nos países da Região é possível reconhecer diferentes dinâmicas de transformação em termos de: 1) coordenação das ações coletivas resultantes de processos políticos distintos; 2) problemas considerados estratégicos na formulação das

reformas implementadas e 3) reformas e modernizações institucionais que permitirão estruturar os processos de mudança.

Os processos de transformação que enfocam a superação de barreiras ao acesso equitativo como questão central em modelos centrados nas pessoas e comunidades se basearam em uma ação coletiva integrada por parte das autoridades de saúde, movimentos sociais e grupos de profissionais. As inovações do modelo de atenção, os recursos humanos e uma abordagem intersetorial são eixos estruturantes do processo de mudança. No entanto, essas reformas enfrentam desafios ainda sem solução associados à necessidade de aumentar o financiamento público e atacar a segmentação dos sistemas de saúde.

Outro enfoque dos processos de transformação define como problema central a cobertura financeira. Nesse enfoque, provedores e seguradoras do setor privado são convidados a participar como interlocutores no âmbito da saúde pública. Nesse tipo de reforma, as autoridades de saúde se fazem presentes por meio de agências reguladoras e fiscalizadoras de financiadores e provedores. As transformações institucionais mais relevantes desse tipo de reforma são as inovações nos mecanismos de seguro para a população. Os principais desafios são a escassa melhoria da igualdade no acesso aos serviços de saúde e as mudanças do modelo de atenção.

Levando em consideração a trajetória de cada país, é necessário aprofundar as mudanças com uma agenda que inclua melhorias tanto na igualdade de acesso como na cobertura por meio da ampliação da ação coletiva, com transformações institucionais na governança nos serviços de saúde, recursos humanos, financiamento, tecnologia da saúde e medicamentos.

## A SAÚDE PÚBLICA NA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO

Todas as áreas da vida moderna — econômica, política, social e cultural, entre outras — são marcadas pela sociedade da informação. O maior ou menor grau de informatização da sociedade é um indicador bastante confiável do desenvolvimento de um país. O desenvolvimento sustentável parece um horizonte mais próximo na sociedade da informação, que abriu novos espaços de encontro para as relações entre as pessoas, as instituições e as nações.

A informação é, por um lado, um recurso econômico, pois permite aumentar a eficiência e estimula a criatividade e a inovação em todos os níveis de organização da sociedade. Por outro lado, é uma via para o exercício do direito e para o

cumprimento das responsabilidades civis. Sua transcendência é de tal magnitude que deu lugar a um novo setor dentro das estruturas de organização da sociedade: o setor da informação e da gestão do conhecimento. As funções da saúde pública não mudam, mas muda o modo como essas funções são exercidas numa sociedade informatizada. Para que o exercício da saúde pública na sociedade da informação seja orientado no rumo do desenvolvimento sustentável, é preciso ater-se a cinco princípios norteadores: 1) a ciência aberta, 2) os dados abertos, 3) os dados não estruturados, 4) as competências renovadas e 5) o governo eletrônico.

Quando aplicado ao âmbito da saúde pública, o princípio da **ciência aberta** abriga em si o acesso pleno e gratuito à informação e aos conhecimentos científicos e técnicos, bem como a atualização profissional do pessoal de saúde e dos responsáveis por formular e implementar as políticas, o que proporciona o exercício de uma saúde pública com base científica. A ciência aberta implica o estímulo permanente à pesquisa e à gestão eficiente para que seus resultados transcendam o âmbito público nos prazos mais curtos possíveis e se transformem em insumos para melhorar as políticas públicas (148, 149).

Na sociedade informatizada, o conceito de igualdade em saúde pode ser estendido ao acesso de todos os países a dados válidos, confiáveis e seguros, bem como a evidências sobre o direito à educação e a receber informações sobre temas relacionados com a saúde. Esse acesso livre à informação ajudaria, entre outras coisas, a melhorar tanto as capacidades analíticas e a qualidade dos sistemas de vigilância sanitária como a capacidade de resposta dos sistemas de saúde a ameaças previsíveis ou contingentes do contexto físico e social.

As políticas de **dados abertos** permitirão implementar ou melhorar os controles de qualidade nos processos de compilação, armazenamento e segurança dos dados (estruturados e não estruturados), assegurando a confidencialidade e a privacidade das pessoas mediante a aplicação de critérios internacionais relativos a condições de acesso e ao estabelecimento de estratégias de governança (150, 151).

Os **dados não estruturados** são os que emergem de fontes não formais de informação, como as redes sociais ou o livre intercâmbio de informações, especializadas ou não, entre as pessoas na rede. Esses dados, devidamente filtrados, poderiam aportar pistas valiosas que complementaríamos os sistemas formais de informação em saúde (152, 154).

Para a implementação de sistemas de vigilância epidemiológica, a combinação de dados estruturados e não estruturados, geridos adequadamente, de forma confidencial e seguindo rigorosos princípios éticos e técnicos, pode ser a base de uma estratégia de dados abertos para a pesquisa e a gestão da saúde. A coleta e gestão de dados não estruturados deve ser baseada em modelos e normas custo-efetivas e sensíveis às realidades locais. O uso, o destino e as ações para garantir a segurança dos dados devem ser totalmente transparentes (154).

Um dos maiores desafios para os sistemas de saúde no que diz respeito a coleta, processamento, análise e divulgação de informações é a baixa capacidade analítica e a competência insuficiente dos responsáveis envolvidos nessas tarefas, sobretudo em locais afastados dos centros onde as informações são captadas e consolidadas. Essas dificuldades se revestem de especial urgência em nossa Região. A sociedade da informação exige uma atualização constante das aptidões e habilidades profissionais (155). Os profissionais da saúde devem ser cada vez mais especializados na gestão de dados estruturados e não estruturados, no uso das tecnologias da informação e da comunicação (TIC) e na aplicação de recursos e técnicas para a gestão da informação e o intercâmbio de conhecimentos em ambientes multilíngues e multiculturais. Essa realidade confere importância especial à linha estratégica das **competências renovadas**.

No desempenho moderno das funções da saúde pública, as TIC já não constituem simples recursos instrumentais. São peças essenciais da formulação de políticas, incluídas as estratégias de comunicação social e de risco, a vigilância epidemiológica, a resposta a emergências e desastres, os processos de planejamento e inovação e a priorização de investimentos.

**Governo eletrônico** é o termo cunhado para designar um enfoque apoiado nas TIC para tornar mais eficazes e transparentes todos os processos de gestão, inclusive a gestão da saúde. A implementação de estratégias de saúde pública no âmbito do governo eletrônico permite inovar, promover a transparência e fortalecer a prestação de contas na administração pública e nos processos democráticos. Além disso, favorece o aumento da eficiência e o aprimoramento das relações e comunicação com os cidadãos (156).

A sociedade da informação não é uma opção, mas um produto do desenvolvimento a que devem adaptar-se todas as esferas da governança, inclusive a governança em saúde. Para a saúde pública, é um desafio urgente assimilar os princípios estabelecidos pela sociedade da informação, a fim de avançar nos esforços coletivos dos Estados Membros para a consecução das metas do desenvolvimento sustentável.

# CONCLUSÕES

Esses 5 anos desde a publicação da edição de 2012 do relatório *Saúde nas Américas* não foram de poucos avanços no panorama da saúde regional. O propósito dos sistemas de saúde tem sido melhorar a saúde e o bem-estar da população mediante o avanço progressivo rumo à conquista da saúde universal na Região. À medida que se estabelecem os avanços, mais esforços deverão ser devotados a planejamento, financiamento e formação de recursos humanos, bem como ao fortalecimento das lideranças e da governança setorial e intersetorial. Muitos países reduziram seus índices de pobreza extrema e melhoraram vários dos indicadores de saúde em áreas sensíveis, como a mortalidade infantil e materna, a saúde reprodutiva, as doenças transmissíveis e a desnutrição. Entretanto, surgiram novos desafios; e outros já presentes, como a violência, os acidentes e as doenças não transmissíveis, se tornaram mais agudos, levantando questões que demarcarão o roteiro das políticas de saúde nos próximos anos.

A saúde precisa ser reconhecida como um direito humano básico e não apenas um benefício social. A saúde deve estar presente em todas as políticas por motivos éticos — porque é um direito — e pelos imperativos práticos do desenvolvimento. A ideia de que a saúde é um direito humano impõe aos governos e aos sistemas de saúde responsabilidades que superam de longe a simples melhoria dos indicadores de saúde mundiais e a ampliação das coberturas. A primeira grande responsabilidade decorre do conceito de igualdade em saúde. Ao direcionar a atenção para todas as desigualdades injustas, desnecessárias e evitáveis, acrescenta-se à avaliação do desempenho do sistema de saúde uma noção distributiva que recebia pouca atenção há quatro ou cinco décadas.

A necessidade de mensurar e monitorar duas dimensões (médias e distribuição) cria novas exigências para os sistemas de informação, que devem garantir materiais relevantes

e oportunos obtidos de fontes confiáveis. Esses sistemas também precisam oferecer fluxos de coleta de dados adequados e ter a capacidade de interpretar e comunicar resultados no tocante a um repertório de ações factíveis e previsíveis. Em especial, a medição das desigualdades implica escolher indicadores de saúde relevante e critérios de estratificação e métricas adequados.

Quanto aos demais desafios, os sistemas de saúde terão de enfrentar os problemas associados a mudanças demográficas e outras mudanças originadas fora das esferas de ação imediata do setor de saúde. O envelhecimento já é um fator-chave para a saúde pública e isso ficará cada vez mais explícito nas próximas décadas. A média de idade da população está aumentando, assim como a proporção de pessoas nos estratos de maior idade e a multimorbidade; para essa situação concorrem as enfermidades crônicas, a deterioração das funções sensoriais e cognitivas e o aumento da fragilidade.

A prática clínica, a administração da saúde e a organização dos serviços terão de evoluir e se remodelar para atender a um paciente com elevada expectativa de vida e múltiplas afecções crônicas, paciente este que terá de assumir um papel cada vez mais ativo no autocuidado. Em nível da população, será necessário avançar rumo à organização de comunidades parcialmente autogestoras para catalisar o progresso em direção à saúde universal. Será imprescindível, ademais, assimilar e traduzir em políticas consequentes o paradigma da causalidade do ciclo da vida. A construção da saúde precisará ser incorporada como nova missão dos sistemas de saúde — com um alcance que vá além da prevenção e da promoção e além até da própria atenção. Essa transição não se realizará sem o concurso de outros setores e sem a participação ativa de todos os jovens e adultos como sujeitos da saúde, e da comunidade como contexto em que se desenvolvem.

Só uns poucos países da Região alcançaram os níveis mínimos estabelecidos de gasto público em relação ao PIB. Além de preencher essa lacuna insatisfatória e ainda pendente, os sistemas devem buscar formas mais eficientes de financiamento e reduzir sua fragmentação e segmentação. As soluções não são únicas nem universais: dependem do contexto. Embora as estratégias sejam discutíveis, há dois princípios que parecem livres de qualquer polêmica: a eliminação do pagamento direto pelos serviços e o uso de fórmulas de pré-pagamento que transfira recursos das pessoas de maior solvência para as de menor solvência, e das pessoas com menos necessidades para aquelas com maiores necessidades de atenção.

O contexto físico e social também está carregado de riscos e ameaças, algumas previsíveis e outras contingentes, que obrigam os sistemas de saúde a adotarem uma organização flexível, que lhes permita desempenhar as funções da saúde pública e, paralelamente, contar com mecanismos especiais para fazer face a situações de emergência de forma oportuna e eficaz.

A violência em todas as suas formas e a instabilidade política em alguns países, causada por rupturas nas instituições democráticas, são fatores endógenos que, em uma sociedade, têm efeitos diretos e indiretos sobre a saúde e o bem-estar humanos.

A mudança climática e as migrações forçadas ou desordenadas são fatores exógenos cujas influências negativas se fazem sentir em toda a sociedade, com efeitos profundos e duradouros sobre a saúde.

Uma vez que a saúde é considerada o bem mais precioso do ser humano, os sistemas de saúde têm um importante papel a cumprir, em estreita parceria com outros setores e com o resto da sociedade, na abordagem desse labirinto de desafios endógenos e exógenos.

A sustentabilidade é um conceito que se impõe em qualquer visão da saúde no futuro. Muito embora haja muito ainda por compreender em matéria de seus determinantes e dos procedimentos para monitorá-la, já é possível identificar alguns elementos-chave, entre eles a permanência dos benefícios da saúde obtidos a partir de intervenções, programas ou políticas locais, o nível de institucionalização dos programas e o aumento da autonomia da comunidade. Em uma sociedade cada vez mais informatizada e com um futuro ligado ao desenvolvimento das TIC, o emprego dessas tecnologias na implementação de estratégias de saúde pública será vital para avançar rumo à saúde universal e ao desenvolvimento sustentável.

A Agenda 2030 representa um marco na história da saúde pública, pois coloca a saúde e o bem-estar em uma posição que amplia as fronteiras do setor e confere à saúde uma proeminência essencial dentro das políticas e dos processos políticos. As estratégias para fazer face aos desafios da saúde devem beneficiar todos os setores da sociedade. A ampla projeção da Agenda permitirá que o efeito dos resultados em saúde se faça sentir em todas as facetas do desenvolvimento e, reciprocamente, que o desenvolvimento tenha efeitos positivos sobre a saúde. Apesar da complexidade inerente ao desenvolvimento sustentável, a Agenda é clara: as ações transcendem as fronteiras, e os países devem identificar os setores mais vulneráveis (nem sempre identificáveis por meio de critérios de fácil estratificação), elaborar estratégias inovadoras que beneficiem esses setores e monitorar os avanços rumo à consecução dos objetivos do desenvolvimento.

A Agenda chama indivíduos, famílias e comunidades para que tomem medidas práticas voltadas ao alcance de metas objetivas e tangíveis. Só assim será possível transformar em realidade as aspirações de desenvolvimento sustentável.

# REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. *Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde*. 53º Conselho Diretor, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, Washington, D.C.; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014 (CD53/5, Rev. 2.). Disponível em: [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=27418&Itemid=270&lang=pt](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27418&Itemid=270&lang=pt).
2. Organização Mundial da Saúde. *The world health report. Health systems financing. The path to universal coverage*. Genebra: OMS; 2010. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/1/9789241564021\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/1/9789241564021_eng.pdf).
3. Organização Mundial da Saúde. Escritório do Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos. Factsheet No. 31. The right to health. Genebra: OMS; 2008. Disponível em: [http://www.ohchr.org/\\_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/Documents/Publications/Factsheet31.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1](http://www.ohchr.org/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/Documents/Publications/Factsheet31.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1).
4. Organização Mundial da Saúde. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nova York, 22 de julho, 1946. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/>.
5. Organização Mundial da Saúde. *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Adotada pela terceira Assembleia Geral das Nações Unidas, 10 de dezembro de 1948, Paris. Disponível em: [http://www.un.org/es/documents/udhr/index\\_print.shtml](http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml).
6. Organização das Nações Unidas. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Assembleia Geral das Nações Unidas, 16 de dezembro de 1966. Disponível em: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.
7. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Genebra: OMS; 2002 (Resolution 2002/31). Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/SRRightHealthIndex.aspx>.
8. Tulane University, UNICEF. *Health equity report 2016. Analysis of reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health inequities in Latin America and the Caribbean to inform policymaking*. Cidade do Panamá: UNICEF; 2016. Disponível em: [https://www.unicef.org/lac/20161207\\_LACRO\\_APR\\_Informe\\_sobre\\_equidad\\_en\\_salud\\_EN\\_LR.pdf](https://www.unicef.org/lac/20161207_LACRO_APR_Informe_sobre_equidad_en_salud_EN_LR.pdf).
9. Yamin AE, Frisancho A. Human-rights-based approaches to health in Latin America: universal health coverage in Latin America. *The Lancet* 2015;385(9975):e26–e29. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61280-0.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61280-0.pdf).
10. Organização Pan-Americana da Saúde. *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud*. Washington, D.C.: OPAS; 2007. Disponível em: [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion Primaria\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf).
11. Organização Pan-Americana da Saúde. Estrategia cobertura universal de saúde. 154ª Sessão do Comitê Executivo. Washington, D.C., 16 a 20 de julho de 2014 (Resolução CE154/R17). Disponível em: [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=26022&Itemid=270&lang=pt](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26022&Itemid=270&lang=pt).
12. Dmytraczenko T, Almeida G, orgs. *Toward universal health coverage and equity in Latin America and the Caribbean: evidence from selected countries*. Directions in Development. Washington, D.C.: Banco Mundial, OPAS; 2015. Disponível em: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7661/9781464804557\\_ENG.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7661/9781464804557_ENG.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
13. Saksena P, Xu K, Evans DB. *Impact of out-of-pocket payments for treatment of non-communicable diseases in developing countries: a review of the literature*. Discussion paper No. 2. OMS: Genebra, OMS; 2011. Disponível em: [http://www.who.int/health\\_financing/documents/dp\\_e\\_11\\_02-ncd\\_finburden.pdf?ua=1](http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_11_02-ncd_finburden.pdf?ua=1).
14. Organização Pan-Americana da Saúde. *Medición de metas regionales en el Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud* [online]. Washington, D.C.: OPAS, 2016. Disponível em: <http://www.observatoriorh.org/?q=node/242>.
15. Organização Pan-Americana da Saúde. *Segunda Medición de Metas Regionales en Recursos Humanos*. Washington, D.C.: OPAS; 2013. Disponível em: <http://www.observatoriorh.org/?q=node/464>.
16. Organização Mundial da Saúde. Dados do Global Health Observatory [Internet]. Disponível em: [www.who.int/gho/database/en](http://www.who.int/gho/database/en).

17. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Dados da OCDE [Internet]. Disponível em: <https://data.oecd.org>.
18. World Health Organization Regional Office for Europe. *Interim second report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*. 61st Session of the WHO Regional Committee for Europe, Baku, Azerbaijão, 12 a 15 de setembro de 2011 (EUR/RC61/Inf.Doc./5). Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/148375/id5E\\_2ndRepSocialDet-jh.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148375/id5E_2ndRepSocialDet-jh.pdf).
19. Organização Mundial da Saúde. *From MDGs to SDGs: a new era for global public health 2016–2030*. Genebra: OMS; 2015. Disponível em: [http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/financing-dialogue/MDGstoSDGs\\_Summary.pdf?ua=1](http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/financing-dialogue/MDGstoSDGs_Summary.pdf?ua=1).
20. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Goal 1: no poverty [Internet]; 2016. Disponível em: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals/goal-1-no-poverty.html>.
21. Organização Pan-Americana da Saúde. *Trends and achievements in promoting health in the Americas: developments from 2003–2011*. Washington, D.C.: OPAS; 2011. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33830/9789275132333-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
22. Organização Mundial da Saúde. *The Helsinki Statement on Health in All Policies*. 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinque, Finlândia, 10 a 14 de junho de 2013. Genebra: WHO; 2013. Disponível em: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp\\_helsinki\\_statement.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf).
23. Organização Mundial da Saúde. *Health in All Policies (HiAP): framework for country action*. Genebra: OMS; 2014. Disponível em: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf).
24. Organização Pan-Americana da Saúde. *Plano de ação sobre saúde em todas as políticas*. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, Washington, D.C., 29 de setembro a 3 de outubro de 2014 (Documento CD53/10). Disponível em: [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=26799&Itemid=270&lang=pt](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26799&Itemid=270&lang=pt).
25. Organização Pan-Americana da Saúde. *Concept note: implementing the Pan American Health Organization's Regional plan of action on Health in All Policies (HiAP)*. Washington, D.C.: OPAS; 2015. Disponível em: [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=30675&lang=en](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30675&lang=en).
26. Organização Pan-Americana da Saúde. *Road map for the plan of action on Health in All Policies*. Washington, D.C.: OPAS; 2015. Disponível em <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31313/9789275074541-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
27. Organização Pan-Americana da Saúde. *Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde*. 53º Conselho Diretor, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2014 (Resolução CD53.R14). Disponível em: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=27600&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27600&Itemid=270&lang=en).
28. Reveiz L, Chapman E, Torres R, Fitzgerald JF, Mendoza A, Bolis M, et al. Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2013;34(1):213–222. Disponível em: [http://www.paho.org/journal/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=pdfs-march-2013&alias=570-litigios-por-derecho-a-la-salud-en-tres-paises-de-america-latina-revision-sistemica-de-la-literatura&Itemid=847](http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=pdfs-march-2013&alias=570-litigios-por-derecho-a-la-salud-en-tres-paises-de-america-latina-revision-sistemica-de-la-literatura&Itemid=847).
29. Gotlieb V, Yavich N, Báscolo E. Litigation and the right to health in Argentina. *Cadenos de Salud Pública* 2016;32(1):e00121114. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000100705&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000100705&lng=en&nrm=iso&tlng=en).
30. Yavich N, Báscolo EP, Haggerty J. Comparing the performance of the public, social security and private health subsystems in Argentina by core dimensions of primary health care. *Family Practice* 2016;33(3):249–260. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5439348/>.
31. Organização Pan-Americana da Saúde. *Funciones Esenciales de Salud Pública*. 42º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington, D.C., 25 a 29 de setembro de 2000. Disponível em [http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd42\\_15-s.pdf](http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd42_15-s.pdf).
32. Cid C, Báscolo E, Morales C. La eficiencia en la agenda de la estrategia de acceso universal a la salud y cobertura universal en salud en las Américas. *Salud Pública de México* 2016;58:496–503. Disponível em: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342016000500496](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000500496).

33. Organização Mundial da Saúde. Health financing. Dados do Global Health Observatory [Internet]. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.484>.
34. Organização Pan-Americana da Saúde. Espacio fiscal para el aumento de la prioridad de salud en el gasto público en la Región de las Américas. Documento de trabajo. Washington, D.C.: OPAS; dezembro de 2015. Disponível em: <http://www.paho.org/uhexchange/index.php/es/uhexchange-documents/informacion-tecnica/41-espacio-fiscal-para-el-aumento-de-la-prioridad-de-salud-en-el-gasto-publico-en-la-region-de-las-americas/file>.
35. Matus-López M, Prieto Toledo L, Cid Pedraza C. Evaluación del espacio fiscal para la salud en Perú. *Pan American Journal of Public Health* 2016;40:64–69.
36. Organização Pan-Americana da Saúde. Estudio de espacio fiscal para salud en Honduras. Informe final. Washington, D.C.: OPAS; 2016. Disponível em: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28581/v40n1a9\\_64-69.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28581/v40n1a9_64-69.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1).
37. Organização Pan-Americana da Saúde. Estudio de espacio fiscal para salud en Bolivia. Informe final. Washington, D.C.: OPAS; 2016.
38. Sachs JD. From Millennium Development Goals to Sustainable Development Goals. *The Lancet* 2012;379:2206–2211. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(12\)60685-0.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)60685-0.pdf).
39. De Andrade LO, Pellegrini Filho A, Solar O, Rigoli F, Malagon L, Castell-Florit Serrate P, et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *The Lancet* 2015;385(9975):1343–1351. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61494-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61494-X.pdf).
40. Mujica OJ, Haeberer M, Teague J, Santos-Burgoa C, Galvão LAC. Health inequalities by gradients of access to water and sanitation between countries in the Americas, 1990 and 2010. *Pan American Journal of Public Health* 2015;38(5):347–354. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892015001000001&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015001000001&lng=en&nrm=iso&tlng=en).
41. Restrepo-Méndez MC, Barros AJD, Requejo J, Durán P, Serpa LAF, França GVA, et al. Progress in reducing inequalities in reproductive, maternal, newborn, and child health in Latin America and the Caribbean: an unfinished agenda. *Pan American Journal of Public Health* 2015;38(1):9–16. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo>.
42. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet* 2011;377(9775):1438–1447. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60393-0.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60393-0.pdf).
43. Organização Pan-Americana da Saúde. *Health situation in the Americas: core indicators 2016*. Washington, D.C.: OPAS; 2016. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31289/CoreIndicators2016-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
44. Organização Mundial da Saúde. *Global status report on noncommunicable diseases, 2014*. Genebra: OMS; 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1).
45. Organização Pan-Americana da Saúde. *Plano de ação sobre saúde mental 2015–2020*. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; Washington, D.C., 29 de setembro a 3 de outubro de 2014 (Documento CD53/8, Rev. 1). Disponível em: [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=26719&Itemid=270&lang=pt](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26719&Itemid=270&lang=pt).
46. Organização Pan-Americana da Saúde. *Plano de ação para deficiência e reabilitação*. 154ª Sessão do Comitê Executivo da OPAS; Washington, D.C., 16 a 20 de junho de 2014 (Documento CE154/14). Disponível em: [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=25478&Itemid=270&lang=pt](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=25478&Itemid=270&lang=pt).
47. Organização Pan-Americana da Saúde. *Road safety in the Americas*. Washington, D.C.: OPAS; 2016. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28564/9789275119129-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.
48. Organização Mundial da Saúde, Banco Mundial. *World report on disability*. Genebra: OMS; 2011. Disponível em: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/en/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/).
49. Organização Mundial da Saúde. *The global burden of disease: 2004 update* [Internet]. Genebra: OMS; 2008. Disponível em: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1).
50. Organização Mundial da Saúde. *Global status report on violence prevention 2014*. Genebra: OMS; 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145086/1/9789241564793\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145086/1/9789241564793_eng.pdf?ua=1&ua=1).

51. Bacallao J, Alerm González A, Ferrer M. *Paradigma del curso de la vida: implicaciones en la clínica, la epidemiología y la salud pública*. Havana: Editorial Ciencias Médicas; 2016. Disponível em: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Paradigma%20del%20curso%20de%20la%20vida.%20Implicaciones%20en%20la%20cl%C3%ADnica,%20la%20epidemiolog%C3%ADa%20y%20la%20salud%20p%C3%BAblica.pdf>.
52. Costello A, Abbas M, Allen A, Ball S, Bell S, Bellamy R, et al. Managing the health effects of climate change. *The Lancet* 2009;373(9676):1693–1733. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(09\)60935-1.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(09)60935-1.pdf).
53. Prüss-Ustün A, Corvalán C, Bos R, Neira M. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*. Genebra: OMS; 2016. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf?ua=1).
54. Watts N, Adger WN, Agnolucci P, Blackstock J, Byass P, Cai W et al. Health and climate change: policy responses to protect public health. *The Lancet* 2015;386:1861–1914. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60854-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60854-6/fulltext).
55. Organização Mundial da Saúde. Global strategy and plan of action on ageing and health. 69ª Assembleia Mundial da Saúde, Genebra, 22 de abril de 2016 (A69/17). Disponível em: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_17-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-en.pdf).
56. Organização Pan-Americana da Saúde. *Estratégia e plano de ação para a demência em idosos*. 54º Conselho Diretor, 67ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, Washington, D.C., 28 de setembro a 2 de outubro de 2015 (CD54.R11). Disponível em: [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=31929&Itemid=270&lang=pt](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31929&Itemid=270&lang=pt).
57. Organização das Nações Unidas, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População. *World population prospects: the 2017 revision*, volume II, demographic profiles. Nova York: ONU; 2017 (ST/ESA/SER.A/400). Disponível em: [https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017\\_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf).
58. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Estudos de População* 2006;23(1):5–26. Disponível em: [http://esa.un.org/wpp/Documentation/pdf/WPP2012\\_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf](http://esa.un.org/wpp/Documentation/pdf/WPP2012_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf).
59. Cruz M, Ahmed A. *On the impact of demographic change on growth, savings, and poverty*. Policy Research Working Paper 7805. Washington, D.C.: Banco Mundial; agosto de 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1596/1813-9450-7805>.
60. Organização Mundial da Saúde. *World report on ageing and health*. Genebra: OMS; 2015. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf).
61. Organização Mundial da Saúde. *Framework on integrated, people centered health services*, 69ª Assembleia Mundial da Saúde, Genebra, 15 de abril de 2016 (WHA69.39). Disponível em: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1).
62. Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al., orgs. *Global population ageing. Peril or promise?* Genebra: Fórum Econômico Mundial; 2011. Disponível em: [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GAC\\_GlobalPopulationAgeing\\_Report\\_2012.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf).
63. Organização Pan-Americana da Saúde. *Estratégia e plano de ação para a demência e incapacidade em idosos*. 54º Conselho Diretor, 67ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, Washington, D.C., 28 de setembro a 2 de outubro de 2015 (CD54/8, Rev. 1). Disponível em [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=31659&Itemid=270&lang=pt](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31659&Itemid=270&lang=pt).
64. Departamento da Saúde e dos Serviços Humanos dos EUA. *Multiple chronic conditions—a strategic framework: optimum health and quality of life for individuals with multiple chronic conditions*. Washington, D.C.: Departamento da Saúde e dos Serviços Humanos dos EUA; 2010. Disponível em: [https://www.hhs.gov/sites/default/files/ash/initiatives/mcc/mcc\\_framework.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/ash/initiatives/mcc/mcc_framework.pdf).
65. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*. 2011;10(4):430–439. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21402176>.
66. Organização Mundial da Saúde. Promoting the health of migrants. Report by the Secretariat. 69ª Assembleia Mundial da Saúde, Genebra, 8 de abril de 2016 (Documento A69/27). Disponível em: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_27-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_27-en.pdf).
67. Organização das Nações Unidas. *International convention on the protection of the rights of all migrant workers and members of their families*. Aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, Nova York, 18 de dezembro de 1990 (Resolução A/RES/45/158). Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CMW.aspx>.

68. Kuruvilla R, Raghavan R. Health care for undocumented immigrants in Texas: past, present, and future. *Texas Medicine* 2014;110(7):e1. Disponível em: <https://www.texmed.org/July14Journal/>.
69. Pottie K, Batista R, Mayhew M, Mota L, Grant K. Improving delivery of primary care for vulnerable migrants: Delphi consensus to prioritize innovative practice strategies. *Canadian Family Physician* 2014;60(1):e32–e40. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3994840/pdf/0600e32.pdf>.
70. González-Vázquez T, Torres-Robles C, Pelcastre-Villafuerte B. Transnational health service utilization by Mexican immigrants in the United States. *Salud Pública de México* 2013;55(4):477–484. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55s4/v55s4a6.pdf>.
71. Organização das Nações Unidas, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População, Migração internacional. Monitoring global population trends [Internet]; 2015. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates15.shtml>.
72. Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. *Global trends. Forced displacement in 2015*. Genebra: ACNUR; 2016. Disponível em: <http://www.unhcr.org/en-us/statistics/unhcrstats/576408cd7/unhcr-global-trends-2015.html>.
73. Organização Internacional para as Migrações. *Dinámicas migratorias en América Latina y el Caribe (ALC), y entre ALC y la Unión Europea-Maio 2015*. San José: IOM; 2015. Disponível em: <http://publications.iom.int/books/dinamicas-migratorias-en-america-latina-y-el-caribe-alc-y-entre-alc-y-la-union-europea-mayo>.
74. Organização Internacional para as Migrações. *La OIM informa sobre un número creciente de migrantes irregulares desamparados en Costa Rica*. San José: IOM; 2016. Disponível em: <https://www.iom.int/es/news/la-oim-informa-sobre-un-numero-creciente-de-migrantes-irregulares-desamparados-en-costa-rica>.
75. Organização das Nações Unidas. *In safety and dignity: addressing large movements of refugees and migrants. Report of the Secretary-General*. Nova York: ONU; 2016 (Document A/70/59). Disponível em: [http://www.un.org/pga/70/wp-content/uploads/sites/10/2015/08/21-Apr\\_Refugees-and-Migrants-21-April-2016.pdf](http://www.un.org/pga/70/wp-content/uploads/sites/10/2015/08/21-Apr_Refugees-and-Migrants-21-April-2016.pdf).
76. Organização das Nações Unidas. *New York Declaration for Refugees and Migrants*. Outcome document of the high-level plenary meeting of the General Assembly on addressing large movements of refugees and migrants. Nova York: ONU; 2016. Disponível em: [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/71/L.1](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/71/L.1).
77. Barcenas Ibarra A, Byanyima W. *Latin America is the world's most unequal region. Here is how to fix it* [Internet]; 2016. Disponível em: <https://www.weforum.org/agenda/2016/01/inequality-is-getting-worse-in-latin-america-here-s-how-to-fix-it/>.
78. Lustig N. Most unequal on Earth [Internet]. *Finance & Development* 52(3). Washington, D.C.: Fundo Monetário Internacional; 2015. Disponível em: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2015/09/lustig.htm>.
79. Organização Pan-Americana da Saúde. *Declaração regional sobre as novas orientações para a atenção primária à saúde (Declaração de Montevideu)*, 46º Conselho Diretor, 57ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, Washington, D.C., 26 a 30 de setembro de 2005 (CD46/13). Disponível em: <http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/cd46-13-p.pdf>.
80. Browne AJ, Varcoe CM, Wong ST, Smye VL, Lavoie J, Littlejohn D, et al. Closing the health equity gap: evidence-based strategies for primary health care organizations. *International Journal for Equity in Health* 2012;11:59. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-11-59>.
81. Starfield B. The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health* 2011;10:15. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-10-15>.
82. Wagstaff A, Van Doorslaer E, Paci P. On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care. *Journal of Health Economics* 1991;10(2):169–205. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0167629691900036>.
83. Gakidou E, Murray CJL, Frenk J. A framework for measuring health inequality. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/paper05.pdf>.
84. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2003;57(4):254–258. Disponível em: <http://jech.bmj.com/content/57/4/254>.
85. Asada Y, Hurley J, Norheim OF, Johri M. A three-stage approach to measuring health inequalities and inequities. *International Journal for Equity in Health* 2014;13:98. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-014-0098-y>.
86. Organização das Nações Unidas, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População. *World population*

- prospects: the 2017 revision, key findings and advance tables. Working Paper No. ESA/P/WP.248.* Nova York: ONU; 2017. Disponível em: [https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017\\_KeyFindings.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf).
87. Nações Unidas, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais. Divisão de População. *World urbanization prospects: the 2014 revision.* Nova York: ONU; 2015. Disponível em: [https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key\\_findings\\_wpp\\_2015.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf).
88. Rodríguez Vignoli J. *La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina.* Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), organizador. Santiago de Chile: ONU; 2010. Disponível em: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36853/1/S2014262\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36853/1/S2014262_es.pdf).
89. Organização das Nações Unidas, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População. *World population prospects: the 2015 revision, Volume I: comprehensive tables.* Nova York: ONU; 2015. Disponível em: [https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2015\\_Volume-I\\_Comprehensive-Tables.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2015_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf).
90. Fundo de População das Nações Unidas. *Ageing in the Twenty-First Century: a celebration and a challenge.* Nova York: UNFPA; 2012. Disponível em: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf>.
91. Organização Mundial da Saúde. Global Health Observatory data repository. Cholera. Number of reported cases. Data by country [Internet]. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.175>.
92. Organização Pan-Americana da Saúde. *Informe anual de la Red de Monitoreo/Vigilancia de la Resistencia a los Antibióticos, 2010.* Washington, D.C.: OPAS; 2013. Disponível em: [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=24101&Itemid=270](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24101&Itemid=270).
93. Calvo B, Melo ASA, Perozo-Mena A, Hernandez M, Francisco EC, Hagen F, et al. First report of *Candida auris* in America: clinical and microbiological aspects of 18 episodes of candidemia. *Journal of Infection* 2016;73(4):369–374. Disponível em: [http://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453\(16\)30172-4/pdf](http://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(16)30172-4/pdf).
94. Van Bortel W, Dorleans F, Rosine J, Bateau A, Rousset D, Matheus S, et al. Chikungunya outbreak in the Caribbean region, December 2013 to March 2014, and the significance for Europe. *Eurosurveillance* 2014;19(13):20759. Disponível em: <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V19N13/art20759.pdf>.
95. Etienne C, dos Santos T, Espinal MA. Discurso programático (novembro de 2016): Zika virus disease in the Americas: a storm in the making. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 2017;97(1):16–18. Disponível em: <http://www.ajtmh.org/content/journals/10.4269/ajtmh.17-0207>.
96. Cardoso CW, Paploski IA, Kikuti M, Rodrigues MS, Silva MM, Campos GS, et al. Outbreak of exanthematous illness associated with Zika, chikungunya, and dengue viruses, Salvador, Brazil. *Emerging Infectious Diseases* 2015; 21(12):2274–2276. Disponível em: <https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/21/12/pdfs/15-1167.pdf>.
97. Organização Pan-Americana da Saúde. Epidemiological update. Yellow fever. 18 de janeiro de 2017. Disponível em: [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=37709&lang=en](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=37709&lang=en).
98. Ministerio de Salud de Perú. *Boletín epidemiológico del Perú.* Volumen 25—semana epidemiológica N° 52: pp. 1190. ISSN versão eletrônica: 2415-0762. Disponível em: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/52.pdf>.
99. Ministério da Saúde Brasil. Informe especial febre amarela no Brasil nº 01/2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/18/Informe-especial-COES-FA.pdf>.
100. Sauerbrey M. The onchocerciasis elimination program for the Americas (OEPA). *Annals of Tropical Medicine & Parasitology* 2008;102(S1):25–29.
101. Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas. Epidemiología [Internet]. Disponível em: <http://www.oepa.net/epidemiologia.html>.
102. Organização Mundial da Saúde. Progress towards eliminating onchocerciasis in the WHO Region of the Americas: verification of elimination of transmission, Guatemala. *Weekly Epidemiological Record* 2016;91(43):501–505. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250643/1/WER9143.pdf?ua=1>.
103. Organização Mundial da Saúde. Global tuberculosis report 2016. Genebra: OMS; 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394-eng.pdf>.
104. Organização Pan-Americana da Saúde. Tuberculosis in the region of the Americas. Regional report 2014. Epidemiology, control and financing. Washington, D.C.: OPAS; 2014. Disponível em: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=31283&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=31283&lang=en).

105. Organização Mundial da Saúde. Implementing tuberculosis diagnostics. Policy framework. Genebra: OMS; 2015. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162712/1/9789241508612\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162712/1/9789241508612_eng.pdf?ua=1).
106. Organização Mundial da Saúde. *The use of molecular line probe assays for the detection of resistance to second-line anti-tuberculosis drugs*. Genebra: OMS; 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246131/1/9789241510561-eng.pdf>.
107. Organização Mundial da Saúde. *The use of loop-mediated isothermal amplification (TB-LAMP) for the diagnosis of pulmonary tuberculosis: policy guidance*. Genebra: OMS; 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249154/1/9789241511186-eng.pdf>.
108. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/ SIDA. AIDS info. Online database [Internet]. ONUSIDA; 2015. Disponível em: <http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries.aspx/Home.aspx>.
109. Newman L, Rowley J, Vander Hoorn S, Saman Wijesooriya N, Unemo M, Low N, et al. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting. *PLoS ONE* 2015;10(12):e0143304. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0143304>.
110. Bruni L, Diaz M, Castellsagué M, Ferrer E, Bosch FX, de Sanjosé S. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. *Journal of Infectious Diseases* 2010;202(12):1789–1799. Disponível em: <https://academic.oup.com/jid/article-lookup/doi/10.1086/657321>.
111. Bruni L, Diaz M, Barrionuevo-Rosas L, Herrero R, Bray F, Bosch FX, et al. Global estimates of human papillomavirus vaccination coverage by region and income level: a pooled analysis. *The Lancet Global Health* 2016;4(7):e453–e463. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(16\)30099-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(16)30099-7.pdf).
112. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. *Global study on homicide 2013: trends, context, data*. Viena: UNODC; 2014. Disponível em: [www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/2014\\_GLOBAL\\_HOMICIDE\\_BOOK\\_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/2014_GLOBAL_HOMICIDE_BOOK_web.pdf).
113. Organização Mundial da Saúde. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Genebra: OMS; 2013. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1).
114. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. *Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates*. *Pediatrics* 2016;137(3):e2015407. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/01/25/peds.2015-4079>.
115. Organização Internacional do Trabalho. *Panorama laboral 2016*. 1ª ed. Lima: OIT/Oficina Regional para América Latina y el Caribe; 2016. Disponível em: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms\\_537803.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_537803.pdf).
116. Organização Pan-Americana da Saúde. *Salud en las Américas 2012: Panorama regional y perfiles de país*. Washington, D.C.: OPAS; 2012. Disponível em: <http://www1.paho.org/saludenlasamericas/docs/sa-2012-resumen.pdf>.
117. Organização Internacional do Trabalho. Country profiles on occupational health and safety. Genebra: ILO. Disponível em: <http://www.ilo.org/safework/countries/lang--en/index.htm>.
118. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. UNESCO Institute for Statistics [Internet]; 2016. Disponível em: <http://data.uis.unesco.org/>.
119. Organização dos Estados Americanos. *Report on drug use in the Americas 2015*. Washington, D.C.: OEA; 2015. Disponível em: <http://cicad.oas.org/apps/Document.aspx?id=3208>.
120. Organização das Nações Unidas. Divisão de População. World population prospects: the 2015 revision. File FERT/7: age-specific fertility rates by major area, region and country, 1950–2100 [Internet]; 2016. Disponível em: <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Fertility/>.
121. He W, Goodkind D, Kowal P. U.S. Census Bureau. *An aging world: 2015. International Population Reports*, P95/16-1. Washington, D.C.: U.S. Government Publishing Office; 2016. Disponível em: <https://www.census.gov/library/publications/2016/demo/P95-16-1.html>.
122. Organização Pan-Americana da Saúde. *Plano de ação para a saúde dos idosos, incluindo o envelhecimento ativo e saudável*. 49º Conselho Diretor, 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, Washington, D.C.; 28 de setembro a 2 de outubro de 2009 (CD49/8). Disponível em: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=2660&Itemid=270](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2660&Itemid=270).
123. Becerra-Posada F. Health equity: the linchpin of sustainable development. *Pan American Journal of Public Health* 2015;38(1):5–8.
124. Hartmann C. Postneoliberal public health care reforms: neoliberalism, social medicine, and persistent health

- inequalities in Latin America. *American Journal of Public Health* 2016;106(12):2145–2151.
125. Itriago D. Wielding influence, building inequality: capture of tax policies in Latin America and the Caribbean. *Development* 2016;59(1–2):151–157.
  126. Boldosser-Boesch A, Brun M, Carvajal L, Chou D, de Bernis L, Fogg K, et al. Setting maternal mortality targets for the SDGs [carta]. *The Lancet* 2017;18(389):696–697; também Kassebaum NJ, Lozano R, Lim SS, Murray CJ. Setting maternal mortality targets for the SDGs [resposta dos autorres]. *The Lancet* 2017;18(389):697–698.
  127. Organização Mundial da Saúde, Banco Mundial. *Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels: framework, measures and targets*. Genebra: OMS; 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112824/1/WHO\\_HIS\\_HIA\\_14.1\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112824/1/WHO_HIS_HIA_14.1_eng.pdf?ua=1).
  128. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care* 1981;19(2):127–140.
  129. Thorpe JM, Thorpe CT, Kennelty KA, Pandhi N. Patterns of perceived barriers to medical care in older adults: a latent class analysis. *BMC Health Services Research* 2011;11:181. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-181>.
  130. Organização Mundial da Saúde. *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Genebra: OMS; 2010. Disponível em: [http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO\\_MBHSS\\_2010\\_full\\_web.pdf](http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf).
  131. Bernstein AB, Hing E, Moss AJ, Allen KF, Siller AB, Tiggle RB. Health care in America: trends in utilization. Hyattsville: National Center for Health Statistics; 2003. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchs/data/misc/healthcare.pdf>.
  132. Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento da Organização das Nações Unidas. *Report of the World Commission on Environment and Development: our common future*. Oxford: Oxford University Press; 1987.
  133. Organização Mundial da Saúde. *Health in the context of sustainable development*. Background document. Oslo; 2002. Disponível em: [http://www.who.int/mediacentre/events/HSD\\_Plaq\\_02.6\\_def1.pdf](http://www.who.int/mediacentre/events/HSD_Plaq_02.6_def1.pdf).
  134. Organização das Nações Unidas. Declaração do Rio sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento. Disponível em: <http://www.onu.org.br/rio20/img/2012/01/rio92.pdf>.
  135. Organização Mundial da Saúde. *Health in 2015: from MDGs (Millennium Development Goals) to SDGs (Sustainable Development Goals)*. Genebra: OMS; 2015. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200009/1/9789241565110\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200009/1/9789241565110_eng.pdf?ua=1).
  136. Assembleia Geral das Nações Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Septuagésimo período de sessões da Assembleia Geral, Nova York, 21 de outubro de 2015 (A/RES/70/1). Disponível em: [http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=S](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=S).
  137. Pavón Cuéllar D, Sabucedo Cameselle JM. El concepto de la "sociedad civil": breve historia de su elaboración teórica. Araucaria: *Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades* 2009;11(21):63–92.
  138. Hasenfeld Y, Gidron B. Understanding multi-purpose hybrid voluntary organizations: the contributions of theories on civil society, social movements and non-profit organizations. *Journal of Civil Society* 2005;1(2):97–112.
  139. Pazarín MI, Díez E. Salud comunitaria. Una actuación necesaria. *Gaceta Sanitaria* 2013;27(6):477–478.
  140. Gofin J, Gofin R. *Essentials of global community health*. Essential Public Health Series. Reigelman R, series ed. Sudbury: Jones & Bartlett Learning; 2012.
  141. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Mutual accountability mechanisms: accountability, voices and responsiveness*. Conference Paper #6. Working draft, 6 de novembro. Nova York: PNUD; 2006. Disponível em: <http://www.undp.org/content/dam/aplaws/publication/en/publications/capacity-development/drivers-of-change/accountability/mutual-accountability-mechanisms/Mutual-Accountability-cp6.pdf>.
  142. Swinburn B, Kraak V, Rutter H, Vandevijvere S, Lobstein T, Sacks G, et al. Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. *The Lancet* 2015;385(9986):2534–2545.
  143. Robine JM. Life course, environmental change, and life span. *Population and Development Review* 2003;29:229–238.
  144. Halfon N, Hochstein M. Life course health development: an integrated framework for developing health, policy, and research. *Milbank Quarterly* 2002;80(3):433–479.
  145. Halfon N, Larson K, Lu M, Tullis E, Russ S. Lifecourse health development: past, present and future. *Maternal and Child Health Journal* 2014;(18):344–365.

146. Yamey G, Shretta R, Newton Binka F. The 2030 sustainable development goal for health. *BMJ* 349(2014):g5295. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/bmj/349/bmj.g5295.full.pdf>.
147. Organização Mundial da Saúde. *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*, Genebra: OMS; 2007. Disponível em: [http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf).
148. Organização dos Estados Americanos, Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Relatoria Especial para a Liberdade de Expressão da Comissão Interamericana de Direitos Humanos [Internet]. Washington, D.C.: OEA; Disponível em: [www.oas.org/es/cidh/expresion/](http://www.oas.org/es/cidh/expresion/).
149. Open Government Partnership. What is the Open Government Partnership? [Internet]. 2011. Disponível em: <http://www.opengovpartnership.org/es>.
150. Organização Mundial da Saúde. *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. Genebra: OMS; 2002. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42592/1/9243545698\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42592/1/9243545698_spa.pdf).
151. D'Agostino M, Mejía F, Martí M, Novillo D, González de Cosío F, Farach N. Social dialogue and scientific production on big and open data in health: from facilitating surveillance and preventing disease to fostering behavioral changes. *Open Science* 2016;4(3):14–22. Disponível em: <http://www.openscienceonline.com/journal/archive2?journalId=718&paperId=3255>.
152. Yousefi-Nooraie R, Dobbins M, Marin A, Hanneman R, Lohfeld L. The evolution of social networks through the implementation of evidence-informed decision-making interventions: a longitudinal analysis of three public health units in Canada. *Implementation Science* 2015;10(1):1.
153. Martí MC, Veiga de Cabo J, D'Agostino M, Sanz-Valero J. Alfabetización digital: un peldaño hacia la sociedad de la información. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 2008;54(210):11–15. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v54n210/especial2.pdf>.
154. Organização Pan-Americana da Saúde. *Estratégia e plano de ação sobre e-Saúde*. 51º Conselho Diretor, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, Washington, D.C., 26 a 30 de setembro de 2011 (Documento CD51/13). Disponível em: [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=14574&Itemid=270](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14574&Itemid=270).
155. Novillo-Ortiz D, D'Agostino M, Becerra-Posada F. El rol de la OPS/OMS en el desarrollo de capacidad en eSalud en las Américas: análisis del período 2011–2015 period. *Pan American Journal of Public Health* 2016;40(2):85–89. Disponível em: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31161/v40n2a4\\_85-89-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31161/v40n2a4_85-89-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=).
156. Organização Pan-Americana da Saúde. *Estratégia e plano de ação sobre eSaúde: avaliação intermediária*. 55º Conselho Diretor, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, Washington, D.C., 26 a 30 de setembro de 2016. (CD55/INF/12-A). Disponível em: [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=35696&Itemid=270&lang=pt](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35696&Itemid=270&lang=pt).





# PERFIL DO BRASIL





# BRASIL

## INDICADORES BÁSICOS SELECIONADOS

1990-2015

	Valor 1990	Valor e ano	Variação (%)
Renda nacional bruta, paridade do poder de compra (PPC, US\$ per capita)	...	15 570 (2014)	...
Índice de desenvolvimento humano	0,611	0,755 (2013)	23,6
Média dos anos de escolaridade	3,8	7,3 (2014)	91,3
Acesso a fontes melhoradas de água potável (%)	89,0	98,0 (2015)	10,1
Acesso a saneamento melhorado (%)	67,0	83,0 (2015)	23,9
Expectativa de vida ao nascer (anos)	66,5	75,0 (2013)	12,8
Mortalidade infantil (por 1 000 nascidos vivos)	51,4	14,1 (2013)	-72,6
Mortalidade materna (por 100 000 nascidos vivos)	...	58,2 (2013)	...
Incidência de tuberculose (por 100 000 habitantes)	84,0	35,9 (2013)	-57,3
Mortalidade por tuberculose (por 100 000 habitantes)	5,4	2,2 (2013)	-59,3
Cobertura de imunização contra o sarampo (%)	78,0	96,0 (2015)	23,1
Cobertura de atendimento no parto por pessoal qualificado (%)	...	98,4 (2015)	...



O Brasil tem uma população de 204,4 milhões de habitantes e uma extensão territorial superior a 8 500 000 km<sup>2</sup>. O país é organizado politicamente em 26 estados, divididos em 5 570 municípios, e um Distrito Federal. Os estados são agrupados em cinco regiões geográficas.

De 1990 a 2015, a população cresceu 35,9%. Em 1990, a pirâmide populacional tinha uma estrutura expansiva, mas adquiriu posteriormente uma forma regressiva.

A expectativa de vida é de 75,0 anos em 2013 (78,5 anos para mulheres e 71,3 anos para homens).

Em 2014, o gasto em saúde representou 6,7% do gasto total do governo. Um quarto de todos os gastos em saúde correspondeu a desembolsos pessoais.



## DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

De 2000 a 2013, o produto interno bruto (PIB) *per capita* aumentou 29%, com uma redução da lacuna entre os quintis extremos devido ao aumento três vezes maior da renda do quintil mais pobre em relação ao quintil mais rico. O coeficiente de Gini diminuiu de 0,553 para 0,497.

A taxa de desemprego diminuiu de 10,2% para 7,1% de 2000 a 2013, mas, como resultado da crise econômica e social de vários anos, o mercado de trabalho acusou um impacto negativo e o desemprego aumentou para 11,3% em 2016, com uma significativa redução da renda.

A população indígena brasileira chegou a 896 900 em 2010, composta por 305 etnias.

O número de imigrantes duplicou entre 2010 e 2015, provenientes principalmente do Haiti, da Bolívia, da Colômbia, da Argentina e da China.

De 2001 a 2012, mais de 17 milhões de domicílios passaram a dispor de encanamento, e a cobertura da rede de esgoto chegou a 66,7%. Somando-se as fossas sépticas, 78,6% das residências estavam cobertas. O acesso à água potável aumentou de 81,1% para 86,4% no mesmo período.

Nos últimos anos, houve tornados, inundações, crises hídricas e deslizamentos de terra, entre outros desastres naturais que afetaram a situação da saúde do país.

O Brasil é o país com o maior consumo de agrotóxicos. No período de 2008 a 2013, houve um aumento das intoxicações de 3,7 para 6,26 por 100 000 habitantes.

O número médio de anos de escolaridade aumentou em todas as faixas etárias. A taxa de analfabetismo na população acima de 15 anos diminuiu de 13,6% para 8,3% de 2000 a 2013.

## SITUAÇÃO DA SAÚDE E DO SISTEMA DE SAÚDE

De 2000 a 2014, registrou-se um aumento do controle pré-natal de 43,7% para 64,6%, com 98,4% de cobertura de parto hospitalar. De todos os partos, 57,1% corresponderam a cesáreas.

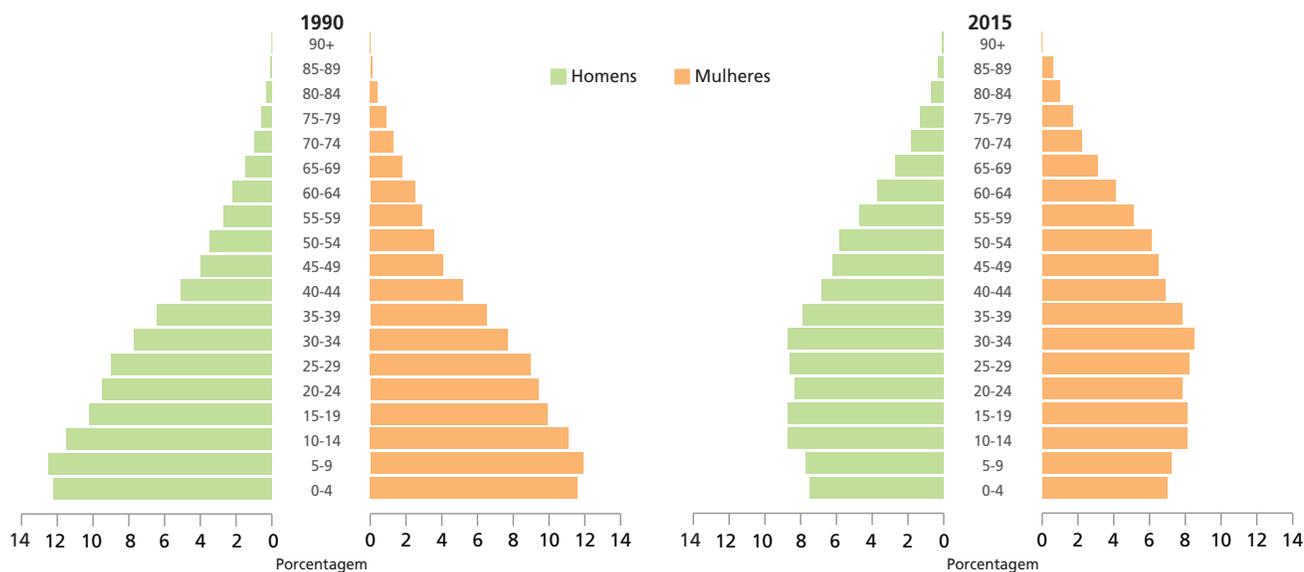
A mortalidade materna caiu de 73,3 para 58,2 por 100 000 nascidos vivos no período de 2000 a 2013.

A mortalidade infantil diminuiu de 16,0 para 14,1 por 1 000 nascidos vivos de 2000 a 2014. A mortalidade de menores de 5 anos baixou de 32,0 para 16,3 por 1 000 nascidos vivos.

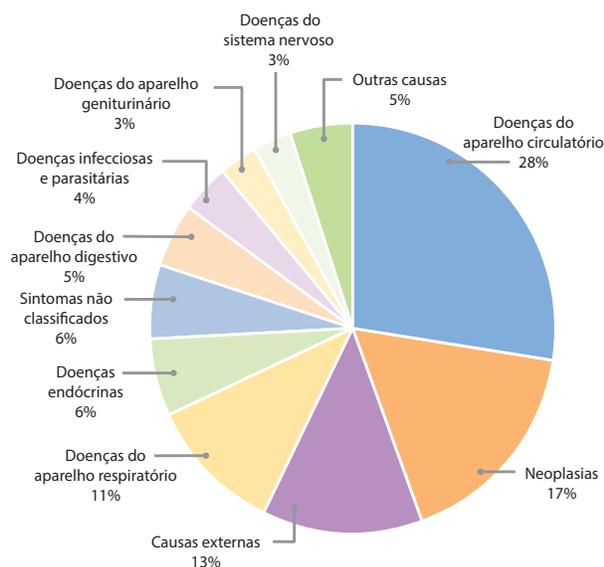
Embora tenha havido um surto de sarampo nos estados de Pernambuco e Ceará (2013-2014), conseguiu-se eliminar o sarampo e a rubéola, erradicar a poliomielite e reduzir a incidência de difteria, tétano, coqueluche, rotavírus e doença pneumocócica invasiva.

A cobertura de BCG contra a tuberculose alcançou 100%, enquanto a cobertura das vacinas contra o rotavírus e

## Estrutura da população por idade e sexo: Brasil, 1990 e 2015



## Mortalidade proporcional (% de todas as mortes, todas as idades, ambos os sexos), 2014



pneumocócica ficou entre 80% e 90%. Desde 2014, a vacina do HPV foi incorporada ao programa nacional de vacinação.

Desde a reintrodução da dengue no país, em 1981, registrou-se tendência de aumento na incidência da doença. Em 2014, foi detectada a introdução do vírus chikungunya e, em 2015, do vírus da zika. Ambas as arboviroses emergentes, assim como a dengue, são transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*, que está presente em todos os estados brasileiros.

Os casos de malária registraram uma redução constante; por outro lado, houve ciclos de transmissão da febre amarela com alta letalidade e da doença de Chagas aguda relacionados à ingestão de alimentos contaminados e à transmissão vetorial na Amazônia.

Em 2014, a prevalência da hanseníase era de 1,27 por 10 000 habitantes (única nas Américas), e a esquistossomose ainda é endêmica em nove estados, com casos graves e mortes notificadas.

No estado de Pernambuco, Recife é a única área com transmissão ativa da filariose linfática. Na zona ianomâmi, há um foco conhecido de oncocercose com transmissão ativa. Existem 486 municípios endêmicos para o tracoma inflamatório, onde a prevalência no grupo de 1 a 14 anos de idade supera 5%.

Em 2013, registrou-se uma alta carga de tuberculose, com taxa de incidência de 33,5 casos por 100 000 habitantes.

Estima-se que 734 000 pessoas sofrem de HIV/Aids no país. A taxa de prevalência da infecção pelo HIV na população de 15 a 49 anos se mantém estável (0,6% global, 0,4% para mulheres, 0,7% para homens). Constata-se uma redução da transmissão por contato entre consumidores de drogas injetáveis, bem como da transmissão vertical. Em 2014, a taxa de mortalidade geral foi de 6,2 mortes por 1 000 habitantes (7,8 para homens e 4,7 para mulheres). As causas específicas mais frequentes foram as doenças cerebrovasculares (46,2 mortes por 100 000 habitantes), o infarto agudo do miocárdio (39,7), as pneumonias (31,8), o diabetes melito (26,7) e os homicídios (28,1).

Em 2013, 39,3% da população adulta sofria de pelo menos uma doença crônica não transmissível (44,5% das mulheres e 33,4% dos homens). A prevalência era de 21,4% para a hipertensão arterial, 8,5% para problemas crônicos de coluna, 7,6% para depressão, 6,4% para artrite e 6,2% para diabetes.

A melhoria do acesso à saúde e da renda contribuiu para uma melhor situação nutricional. No entanto, ainda há uma alta prevalência de desnutrição crônica em grupos vulneráveis, como as crianças indígenas, além de deficiências de ferro, vitamina A e vitamina B1 e tiamina, com o ressurgimento dos casos de beribéri.

Em 2013, foram registradas mais de um milhão de hospitalizações por causas externas, em sua maioria de homens entre 20 e 39 anos de idade, com índice de mortalidade de 75,5 por 100 000 habitantes. Os acidentes de trânsito foram a primeira causa de morte específica nas faixas etárias de 10 a 14 anos e de 40 a 59 anos.

Em 2013, 6,2% da população com mais de 18 anos informou algum tipo de deficiência. A deficiência visual é a mais comum (3,6%), seguida das deficiências física (1,3%), auditiva (1,1%) e intelectual (0,8%).

O consumo de tabaco diminuiu de 18,2% para 14,7% da população de 2008 a 2013. Até 13,7% da população com mais de 18 anos havia consumido bebidas alcoólicas em excesso no último mês, sendo a proporção entre os homens três vezes maior.

A prevalência da obesidade aumentou durante o período de 2002 a 2013, alcançando 17,5% da população masculina e 25,2% da população feminina. O excesso de peso (soma do sobrepeso e da obesidade) chega a 57,3% da população masculina e 59,8% da população feminina. Até 46% dos adultos não realizavam atividade física, com destaque especial para a população feminina com mais de 60 anos.

A gestão do sistema é compartilhada entre o Ministério da Saúde, as secretarias de saúde estaduais e as secretarias de saúde municipais.

O financiamento é obtido por meio de impostos e contribuições dos estados e municípios. De 2000 a 2013, o gasto total em saúde aumentou de 7,2% para 8,0% do PIB (3,8% público) e de US\$ 502 para US\$ 946 *per capita*.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com a Constituição Federal de 1988, tendo como princípios o acesso universal e integral aos serviços de saúde, a promoção da igualdade, a descentralização da gestão e a participação social.

Em 2016, o Governo Federal lançou um novo Plano Nacional de Saúde para o período de 2016 a 2019. O objetivo central do Plano é a ampliação e a qualificação do acesso universal em tempo oportuno, a fim de contribuir para a melhoria das condições de saúde, a promoção da igualdade e a qualidade de vida da população. A ampliação da cobertura da atenção primária à saúde (APS) tem sido uma importante prioridade nos últimos 20 anos, enfocada na Estratégia de Saúde da Família. De 2000 a 2015, a proporção da população coberta por equipes de saúde familiar aumentou de 17,43% para 63,72%.

O país conta com 1,8 médico por 1 000 habitantes, com uma distribuição geográfica desigual, já que os profissionais se concentram nos grandes centros urbanos, deixando mais desatendidos os municípios de difícil acesso.

## RESULTADOS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Desde a década de 2000, o Brasil vem reduzindo as desigualdades de sua população. Isso foi possível pela implementação continuada de políticas de inclusão social que levaram à redução da pobreza e à melhoria gradual da situação da saúde. A redução dos índices de mortalidade materna e infantil foi resultado da melhoria das condições sanitárias e sociais.

Foram adotadas medidas voltadas para a origem das desigualdades, que configuram determinantes sociais estruturais de saúde, inclusive a etnia e o gênero. Entre essas medidas, destacam-se a incorporação da universalidade, da igualdade e da integralidade na política nacional da atenção integral à saúde da mulher; um plano integrado contra a feminização da epidemia de AIDS; e uma política nacional de saúde integral da população negra.

Depois da introdução do vírus da zika no país, a síndrome de Guillain-Barré e a microcefalia se tornaram um motivo real de preocupação. Em 2015, o Governo Federal destinou US\$ 200 milhões para combater o *Aedes aegypti* e as doenças transmitidas por esse mosquito: zika, dengue e chikungunya. Os resultados estão sendo vislumbrados com o controle parcial da transmissão dessas arboviroses.

Em 2016, o Governo Federal lançou um novo Plano Nacional de Saúde para o período de 2016 a 2019. O objetivo central desse plano é a ampliação e a qualificação do acesso universal em tempo oportuno, contribuindo para a melhoria das condições de saúde, da equidade e da qualidade de vida dos brasileiros. Apesar dos avanços obtidos na situação de saúde e no sistema sanitário, continua sendo necessário apoiar a formulação e a execução de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas na atenção primária à saúde, além de melhorar as redes e os serviços de saúde.



### PONTOS ADICIONAIS

- O programa Mais Médicos, desenvolvido com a OPAS desde 2013, tem colaborado para a expansão e a garantia do acesso dos usuários ao SUS.
- Foram alocados 18 240 médicos em 4 058 municípios; a oferta de vagas nos cursos de graduação em medicina (5 306 novas vagas anuais) e nas residências médicas (4 742 vagas) foi ampliada; e os currículos dos cursos de medicina estão sendo reestruturados.
- Estão sendo investidos recursos para a construção e a reforma de 26 000 unidades básicas de saúde.
- A fim de melhorar o papel da atenção primária à saúde como instância coordenadora da rede e responsável pela resolução de problemas, estão sendo aplicadas estratégias de atenção multiprofissional, o que permitiu somar às equipes de saúde da família 22 227 equipes de saúde bucal e 4 288 núcleos de apoio à saúde da família.

***Saúde nas Américas+ 2017***, a publicação emblemática da Organização Pan-Americana da Saúde, registra os avanços e os desafios da saúde na Região das Américas desde a edição anterior, de 2012. Esta edição apresenta os perfis da situação da saúde em todos os países e territórios da Região, com base nos mais recentes dados disponíveis. A versão impressa contém um resumo das conquistas e obstáculos, os quais são apresentados em detalhe na plataforma interativa *on-line*. No seu todo, *Saúde nas Américas+ 2017* traça um panorama integral da saúde na Região e abrange temas como a saúde universal e os principais problemas e conquistas na área da saúde nos últimos cinco anos. Esta edição também apresenta uma dimensão voltada para o futuro, na qual as tendências atuais são projetadas de modo a prever os possíveis cenários e problemas que teremos pela frente à medida que construímos uma agenda regional de saúde em comum, em consonância com a agenda mundial de 2030.

*Saúde nas Américas+ 2017 oferece observações e análises importantes dos grandes desafios e oportunidades em matéria de saúde vivenciados pela nossa Região atualmente. Nossa esperança é de que essas constatações sejam usadas pelos países para desenvolver e aprimorar quadros de saúde que permitirão a cada indivíduo ter a possibilidade de alcançar os mais altos padrões de saúde possíveis.*

—Carissa F. Etienne, Diretora

[www.paho.org/hia2017](http://www.paho.org/hia2017)



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

ISBN: 9789275719671

