

Capítulo 2

CONDIÇÕES DE SAÚDE E SUAS TENDÊNCIAS

A situação demográfica nas Américas continua estando caracterizada por uma transição devida às baixas taxas de fecundidade e a diminuição das taxas de mortalidade. Como resultado, há um envelhecimento da população em geral, e a “dependência demográfica” dos jovens (0–14 anos de idade) e dos idosos (mais de 60 anos de idade) em relação à população potencialmente ativa ou trabalhadora (15–59 anos de idade) está diminuindo. Não obstante, as médias nacionais, regionais e sub-regionais mascaram situações de iniquidade persistentes em diversos níveis geográficos e sociais, bem como entre certos grupos de população. Além disso, o fenômeno da migração para o interior e entre os países afeta a distribuição da população e tem um impacto sobre a prestação dos serviços de saúde.

No último quarto de século, a expectativa de vida na Região aumentou em 7 anos, de tal maneira que a idade média atual é de mais de 70 anos. O envelhecimento da população varia consideravelmente entre os países das Américas: o envelhecimento é um fenômeno significativo em Barbados, Cuba, Porto Rico e Uruguai, enquanto que na Bolívia, Haiti, Guatemala, Honduras e Nicarágua a população geralmente é mais jovem.

O perfil de mortalidade na Região das Américas se modificou notavelmente durante as últimas décadas. Em quase todos os países, as doenças transmissíveis deixaram de ser as principais causas de doença e morte e o referido lugar é ocupado agora pelas doenças do tipo crônico degenerativo — as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias malignas, as doenças respiratórias crônicas e a diabetes — assim como as causas externas tais como as lesões devidas ao tráfico e os homicídios. Entre os fatores que contribuíram para a modificação do perfil se encontram o envelhecimento da população, o controle e a redução de diversas doenças transmissíveis, e o surgimento de outras como o HIV/AIDS. Entretanto, existem diferenças importantes na mortalidade entre os países e as sub-regiões das Américas.

No campo das doenças preveníveis por vacinação, os países da Região marcaram a pauta na erradicação (varíola e poliomielite), eliminação (transmissão endêmica do sarampo) e controle (coqueluche, difte-

ria, tétano e doenças invasivas ocasionadas por *Haemophilus influenzae* tipo B e hepatite B). Estes êxitos foram alcançados ao atingir e conservar níveis elevados de cobertura de imunização, estabelecer uma vigilância efetiva, e realizar campanhas de vacinação massiva. Em 2003 os países se comprometeram a eliminar, para o ano de 2010, a rubéola e a síndrome congênita da rubéola. O aproveitamento do pleno potencial da imunização é fundamental para obter a redução da mortalidade e atingir as metas de desenvolvimento em saúde, o que implica novos desafios em matéria de vacinação que incluem a influenza, o rotavírus, o pneumococo e o vírus do papiloma humano.

As doenças transmitidas por vetores, em particular a malária, a dengue e a doença de Chagas, continuam comprometendo a saúde de uma grande proporção da população da Região. O número de casos de malária notificados atingiu seu ponto máximo no final da década de 1990 e a doença continua sendo endêmica em 21 nações. A cada ano são notificados cerca de um milhão de casos desta doença. O anterior acarreta um impacto econômico significativo, dado que dois terços desses casos ocorrem na população em idade de trabalhar. A incidência e as epidemias de dengue aumentaram em todo o mundo durante os últimos 35 anos. Entre 2001 e 2005, mais de 30 países das Américas notificaram quase três milhões de casos de dengue e de febre hemorrágica de dengue. Atualmente se estima que a doença de Chagas, endêmica em 21 países das Américas, infecta cerca de 18 milhões de pessoas, sobretudo as menos favorecidas das zonas rurais.

As zoonoses — doenças dos animais transmissíveis aos humanos — correspondem a dois terços das espécies patogênicas que afetam os humanos e a três quartas partes dos patógenos emergentes. Em consideração à gravidade da ameaça que representam para a saúde pública e o desenvolvimento econômico, os países da Região estabeleceram sólidos programas de prevenção e controle para combater zoonoses tais como a peste, a raiva, a leishmaniose, a hidatidose, a brucelose e a tuberculose bovina.

Estimouse que, no final de 2005, na Região havia 3,2 milhões de pessoas infectadas pelo HIV, 60% das quais residiam na América Latina e Caribe. Por outro lado, a incidência da doença está aumentando na Região, com 220.000 novos casos notificados em 2005. Das 10 regiões do mundo com maior prevalência da infecção pelo HIV, a do Caribe ocupa o segundo lugar. Ainda que o mal esteja concentrado em certas populações do resto da Região, no Caribe se generalizou em toda a população. Os grupos mais afetados pelo HIV são os homens que mantêm relações sexuais com outros homens, os trabalhadores sexuais e os usuários de drogas injetáveis. Calculase que anualmente são apresentados cerca de 50 milhões de novos casos de doenças de transmissão sexual nas Américas.

As doenças crônicas nãotransmissíveis — doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e a doença pulmonar obstrutiva crônica — ocasionam duas de cada três mortes na população geral da América Latina e

Caribe, e quase a metade de todos os óbitos na faixa etária de menos de 70 anos. Além de ocasionar mortes prematuras, estas doenças dão lugar a complicações e deficiências, limitam a produtividade e requerem tratamentos caros. Unidos à disposição genética e à idade, os fatores de risco que contribuem para estas doenças incluem uma má nutrição, a inatividade física, o tabagismo e o consumo exagerado de álcool; outros fatores são a hipertensão arterial, os altos níveis de colesterol, o sobrepeso e a obesidade.

Os problemas de saúde mental representam a quarta parte da carga de doença total nas Américas, medidos em anos de vida perdidos ajustados segundo a deficiência. Não obstante, na maioria dos países existe uma brecha considerável entre a magnitude dos transtornos de saúde mental e a resposta do setor de saúde. Os serviços de atendimento de saúde mental tendem a centrarse no tratamento de problemas psiquiátricos tais como a ansiedade, a depressão, a conduta compulsiva e o consumo de substâncias ilícitas. Os desastres podem afetar a saúde mental.

A saúde oral continua sendo um aspecto crítico da saúde pública nas Américas, devido a sua contribuição para morbidade total, os elevados custos de tratamento e o aumento nas iniquidades em saúde oral. Ainda que a prevalência da cárie dental na Região tenha se reduzido entre 35% e 85% a partir de 1995, o número de doenças bucodentais continua sendo elevado em comparação com outras partes do mundo, ao que também contribuíram os serviços de saúde oral de baixa qualidade, assim como sua limitada cobertura. A evidência científica aponta para uma relação causal entre a saúde bucodental e a saúde em geral. Os programas de fluoretação, a promoção de tecnologias simples e os sistemas de saúde integrados que combinam serviços de saúde oral e geral podem levar a uma redução deste tipo de doenças.

Na América Latina e Caribe, dois terços da incidência das doenças oculares — em particular a cegueira e a deficiência visual — podem ser atribuídos a condições tratáveis tais como as cataratas, os defeitos de refração, a retinopatia diabética e o glaucoma. Não obstante, de acordo com avaliações dos países, existem enormes discrepâncias na cobertura do atendimento dos males oculares — que vão de cerca de 80% nas áreas urbanas com um bom desenvolvimento, até menos de 10% nas áreas rurais e distantes —, assim como na qualidade dos serviços prestados. A prevenção das doenças oculares pode representar grande economia às economias nacionais; ao contrário, caso não sejam tomadas as medidas preventivas de grande escala necessárias, se calcula que o custo do atendimento deste tipo de doenças seja mais que dobro para o ano de 2020: aproximadamente de US\$ 10.000 milhões.

A saúde sexual e reprodutiva compreende basicamente a saúde materno-infantil, dos adultos e dos adolescentes. Cerca de 16,2 milhões de crianças nascem a cada ano na Região, 11,7 milhões delas na América Latina. A população regional tem aumentando, mas as taxas de natalidade e fecundidade estão dimi-

nuindo, apesar de diferirem consideravelmente de um país para outro. A situação da saúde sexual e reprodutiva na América Latina e Caribe representam 20% da carga total de doença nas mulheres, e 14% nos homens — uma diferença muito óbvia. O uso de métodos de controle da natalidade vai além de 60%, mas é consideravelmente menor em alguns países. Apesar da notificação variar de acordo com as fontes, e de serem apreciadas enormes disparidades entre os países da Região, a Organização Mundial da Saúde (OMS) calcula que dos 16,2 milhões de nascimentos notificados nas Américas em 2003, houve 22.680 mortes maternas — com uma taxa de 140 por cada 100.000 nascidos vivos — sobretudo por causas como o aborto, a pré-eclampsia e as hemorragias. A OMS estimou que em 2006 houve 280.000 mortes perinatais; por nova conta, as diferenças são notáveis: o risco de morte perinatal na América Latina e Caribe triplica em relação ao Canadá e aos Estados Unidos da América. A saúde sexual e reprodutiva se vincula diretamente com as altas taxas de gravidez entre as adolescentes da América Latina e Caribe, onde uma de cada três mulheres menores de 19 anos de idade teve um filho.

A desnutrição infantil, assim como as doenças crônicas não-transmissíveis nos adultos, que constituem um problema em todos os países da Região, são o resultado, em grande medida, da má nutrição. A crescente tendência que se observa nas crianças a ter um peso maior do que o recomendado as coloca em risco de sofrer, com o tempo, doenças crônicas. A lactação materna é a prática mais importante para reduzir a morbidade e a mortalidade dos infantes, assim como o meio mais importante e prevenível de transmissão do HIV da mãe para o filho. As deficiências de micronutrientes — vitamina A, zinco, vitamina B12, folatos e iodo — ainda são uma preocupação em matéria de saúde pública que afeta consideravelmente o desenvolvimento humano e a produtividade econômica. A combinação dos problemas de nutrição com a inatividade física dão lugar a um grande aumento no número de doenças crônicas não-transmissíveis.

Os desastres são uma constante nas Américas e grande parte dos mesmos está relacionada com a geografia; as erupções vulcânicas nos países centro-americanos e andinos; as tormentas e os furacões que ocorrem nos oceanos Atlântico e Pacífico, assim como no Golfo de México; as inundações no Cone Sul, e o fenômeno El Niño, são fatores que afetam praticamente toda a Região. Os desastres que ocasionam têm um impacto enorme medido na quantidade de pessoas afetadas, assim como as mortes e os danos econômicos que causam.

Cerca de 50 milhões de indígenas vivem nas Américas e em alguns países constituem a população majoritária. Geralmente são os mais desfavorecidos, com os níveis de educação mais baixos, e de desemprego mais altos, e com as piores condições de saúde — têm as taxas mais elevadas de mortalidade materno-infantil, desnutrição e doenças infecciosas — em comparação com o resto da população nacional. Em alguns

países, as cifras relativas ao alcoolismo, o suicídio, o consumo de substâncias ilícitas e as doenças de transmissão sexual são notoriamente mais altas entre as populações indígenas. Sua má condição de saúde se complica com a discriminação e desigualdade que os sistemas de saúde exercem sobre eles. Com o objeto de emendar esta situação, muitos países elaboraram políticas nacionais e estabeleceram fundos destinados a financiar programas de saúde para os povos indígenas.

A população das Américas inclui cerca de 250 milhões de pessoas de ascendência africana. A maioria dos países da Região não separa os dados relativos a este grupo, o que dificulta a análise de sua condição de saúde. Não obstante, a informação disponível indica que sua situação é extremamente vulnerável na América do Sul, pois em alguns países são desproporcionalmente mais pobres e têm níveis de educação mais baixos, além do fato de que as taxas de mortalidade são elevadas e se observam, outrossim, taxas altas de HIV e outras doenças vinculadas com a pobreza. Por outro lado, têm um acesso muito restrito à água potável, assim como uma menor proporção de médicos e demais pessoal de saúde. Ainda que na América Central a situação não seja tão grave, em um país desta sub-região as taxas de mortalidade nas crianças de ascendência africana são superiores e é menor a quantidade de profissionais da saúde com os quais contam.

O enfoque da saúde familiar e comunitária integra programas que permitem aos indivíduos, em sua qualidade de membros da família e da comunidade, encarregar-se de sua saúde ao longo da vida. Outrossim, estes programas facilitam uma maior cobertura e eficiência, além da participação nos serviços de atendimento à saúde. Os indicadores de saúde melhoram consideravelmente quando se destaca o papel que possui a família na promoção e proteção da saúde, assim como na prevenção da exposição a riscos e no diagnóstico e reabilitação precoces.

Os jovens que têm entre 10 e 24 anos de idade constituem 28% da população na América Latina e Caribe. Dos 161 milhões de jovens da Região, a proporção maior reside nos países mais pobres. Muitos jovens indígenas vivem à margem da cultura predominante, em suas próprias comunidades. Cerca da metade dos adolescentes na Região são sexualmente ativos, e aproximadamente a metade deles não utiliza nenhum método de controle pré-natal ou de proteção de nenhum tipo. Entretanto, a abordagem desta situação se complica pelas crenças e práticas culturais. Outro grande problema que afeta a saúde dos jovens é a violência: o homicídio representa uma das principais causas de morte entre os jovens de 10 a 19 anos de idade. A saúde dos jovens se vê afetada por seus estilos de vida, tais como o consumo exagerado de álcool; o tabagismo e o consumo de substâncias ilícitas; a má nutrição e a inatividade física; e, por último, a crescente prevalência de sobrepeso e obesidade.

Apesar do envelhecimento da população variar consideravelmente nas Américas, em meados do século XXI todos os países da Região, com exceção de cinco, terão a mesma quantidade de habitantes de 60 anos e de 15 anos de idade, e alguns países terão o dobro de idosos que de jovens. A redução das doenças infecciosas, assim como das taxas de mortalidade infantil e dos menores de 5 anos, foram traduzidas em uma maior longevidade. Mais de três de cada quatro indivíduos nascidos na América Latina e Caribe hoje em dia, chegarão aos 60 anos de idade, e dois de cada cinco completarão 80 anos. O desafio para os sistemas de saúde e para os encarregados de formular as políticas sanitárias será o de garantir que aqueles que vivam mais de 60 anos possam comemorar não só a sua longevidade, mas também o fato de encontrarse em boa saúde e ativos.

A falta de análises epidemiológicas uniformes sobre deficiência nas Américas, complica a avaliação de sua dimensão na Região; as taxas de prevalência notificadas vão de mais de 14% no Brasil, até menos de 4% na Venezuela. Os tipos mais freqüentes de deficiência se vinculam com a mobilidade, a comunicação e a participação na sociedade. As causas mais comuns são os transtornos degenerativos devidos à idade, as doenças crônicas, os acidentes, os problemas que se derivam da gravidez e o parto, e as doenças ocupacionais.

As doenças não atendidas — infecciosas ou parasitárias — que afetam milhões de pessoas pobres na América Latina e Caribe são uma manifestação evidente das desigualdades prevalentes em saúde. Neste grupo podem ser incluídas as helmintíases intestinais, as esquistossomoses, a filariose linfática, a leptospirose, a leishmaniose, a cisticercose, a doença de Chagas e a oncocercose. Todas afetam de maneira considerável as populações indígenas, os grupos étnicos minoritários, os residentes em zonas marginalizadas e rurais, e os trabalhadores migrantes. Em conjunto, o custo destas doenças em relação à produtividade dos trabalhadores e, portanto, ao desenvolvimento econômico dos países, é enorme. Entretanto, os medicamentos de baixo custo, a promoção da saúde e a saúde ambiental poderiam exercer um controle efetivo e eliminar estes males.

As doenças emergentes e reemergentes estão se transformando em uma ameaça crescente à segurança mundial em matéria de saúde, ao originarse em surtos que se apresentam em um país ou região e que podem se disseminar para outros, assim como a partir da liberação intencional ou acidental de agentes biológicos. A partir de 2001, a Região experimentou uma série de importantes surtos vinculados com doenças emergentes e reemergentes, que requereram intervenções internacionais em matéria de saúde pública.

CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO E SUAS TENDÊNCIAS¹

RESULTADOS DA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

O conceito de transição demográfica² (TD) foi útil para descrever os resultados empíricos que as mudanças sociais, políticas e econômicas produziram na evolução da mortalidade e fecundidade nos países atualmente desenvolvidos (Estados Unidos e Canadá no caso das Américas). Em alguma medida, o conceito também foi considerado como uma interpretação teórica que levou a pensar que os países em desenvolvimento do século XX (quase a totalidade das Américas) fariam um trânsito similar, no mesmo sentido e em tempos parecidos. Entretanto, os indicadores de natalidade e mortalidade dos países latinoamericanos e caribenhos se modificaram de maneira distinta (mais por efeito da disseminação dos avanços tecnológicos no campo da saúde em geral que por um desenvolvimento sustentável e equitativo) e em tempos diferentes (de uma maneira mais rápida que nos países mais desenvolvidos e com certa independência das crises econômicas, sociais e políticas pelas quais transitou o continente durante várias décadas). Isso trouxe conseqüências quanto à desigualdade, fazendo com que a chamada “explosão demográfica”³ — resultante de um atraso na queda da natalidade em relação à mortalidade — haja sido sustentada pelos segmentos majoritariamente pobres das sociedades.

O certo é que, depois de quase um século, as manifestações desse processo no início do século XXI têm algumas características que merecem ser destacadas e que definem um continente com muito baixo crescimento populacional e baixas taxas de fecundidade e mortalidade, o que dá uma aparência de estabilidade e equilíbrio. Os indicadores de nacional escondem diferenças que vale a pena destacar, por seus efeitos nas características da população e porque devem ser levados em conta na formulação de políticas sociais em geral e de saúde em particular. As referidas características, em relação à Região, podem ser resumidas da seguinte maneira:

- Os países da América Latina e Caribe diminuíram quase à metade os níveis de crescimento médio anual da população em pouco mais de 30 anos, mais particularmente nas últimas duas décadas, passando de médias de 2,7% anual no período 1950–1955 para 1,5% na atualidade. Devido a isso a população se triplicou com acréscimos entre 1950 e 2000, passando de 161 milhões de habitantes em 1950 para 561 milhões em 2005. Seu peso no total da população mundial aumentou levemente nesse tempo (de menos de 7% para cerca de 9% no mesmo período).
- Para 2005 a maioria dos países havia atingido níveis baixos de fecundidade e estabilizados de mortalidade (etapa de TD plena, caracterizada por um crescimento populacional baixo) ou se encontrava em uma etapa avançada de TD, com crescimento populacional escasso ou nulo. Somente a Guatemala se localizava em uma etapa moderada de TD, por efeito de uma fecundidade que se mantém mais alta que nos demais países.⁴
- As taxas anuais de crescimento mostram a primeira grande diferença nos países da Região, de 0,3% em Cuba a 2,5% em Honduras (figura 1).
- A Região passou de taxas globais de fecundidade elevadas, entre as mais altas do mundo há 40 anos, a muito baixas na atualidade, em muitos casos abaixo da média mundial. Na figura 2 se pode observar a segunda grande diferença entre os países da Região, de quase três filhos por mulher entre os extremos.
- A mortalidade na Região, que começou a diminuir sustentadamente desde o final da primeira metade do século XX, reflete um ganho de 20 anos na expectativa de vida ao nascer para ambos os sexos, de 72 anos no período 2000–2005; isto é, 8 anos mais alta que a do conjunto das regiões em desenvolvimento, ainda que em níveis que os países desenvolvidos tinham há 35 anos. Na figura 3 pode-se ver a terceira grande diferença entre os países da Região, sendo de quase trinta anos entre os países em posições extremas.

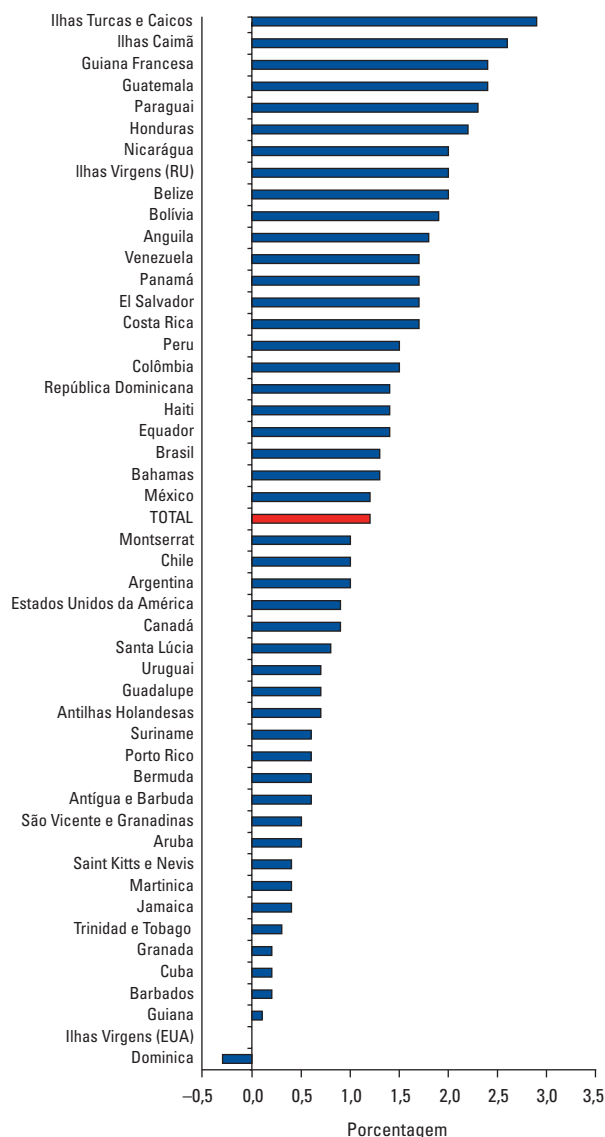
Como conseqüência das citadas mudanças na fecundidade e a mortalidade, se observam diferenças na estrutura da população pelo crescimento diferencial das faixas etárias; isto acarreta uma modificação no peso das populações em idades potencialmente dependentes (0–14 anos e mais de 60 anos), em relação a aquelas consideradas potencialmente ativas (de 15 a 59 anos). O anterior se manifesta em dois fenômenos que vale a pena tratar detalhadamente: a diminuição da dependência demográfica (definida como o cociente entre a população de 0 a 14 anos de idade, mais a população de mais de 60 anos, em relação à população potencialmente ativa, entre 15 e 59 anos) e o envelhecimento da

¹Esta parte foi realizada de maneira conjunta com o Centro Latino-americano de Demografia (CELADE, Divisão de População da CEPAL), no marco do convênio entre a OPAS e a CEPAL. A redação se baseia nas referências 1–4; a informação das figuras 1, 2, 3 e 5 provém da Iniciativa Regional de Dados Básicos (IRDB) da OPAS (<http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>).

²Este conceito permite descrever a passagem de altos para baixos níveis de mortalidade primeiro e de fecundidade depois, com conseqüências no crescimento demográfico e a estrutura por sexo e idade da população.

³O trânsito de altas para baixas taxas de natalidade e mortalidade não foi igual nos países das Américas e, salvo os países de transição mais precoce, como Canadá e Estados Unidos primeiro e Argentina, Cuba e Uruguai mais tarde, a maioria dos países teve taxas altíssimas de crescimento da população, devidas a uma persistência de altas taxas de fecundidade em contextos de quedas fortes da mortalidade. Esse processo de alto crescimento é o que se conhece como explosão demográfica.

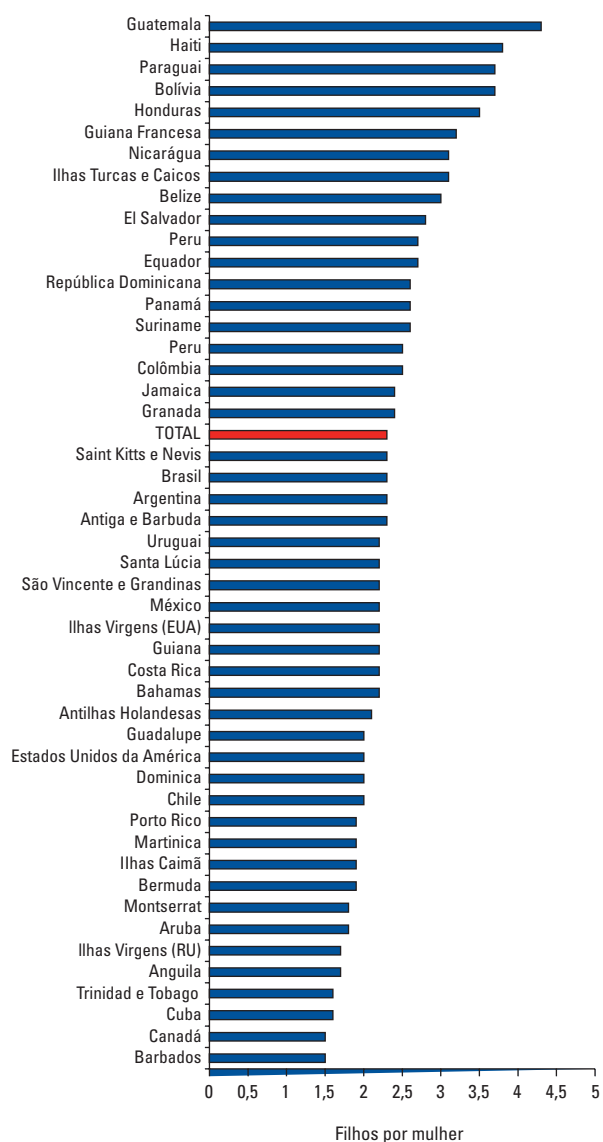
⁴O processo de transição demográfica entre países mostra diferenças claras. Canadá e Estados Unidos, analisados no conjunto dos países desenvolvidos no modelo original de transição demográfica, se localizam já em etapas pós-transicionais.

FIGURA 1. Taxa de crescimento anual da população, Região das Américas, 2005.

Fonte: Iniciativa Regional de Dados Básicos (IRDB) da OPS (<http://www.paho.org>)

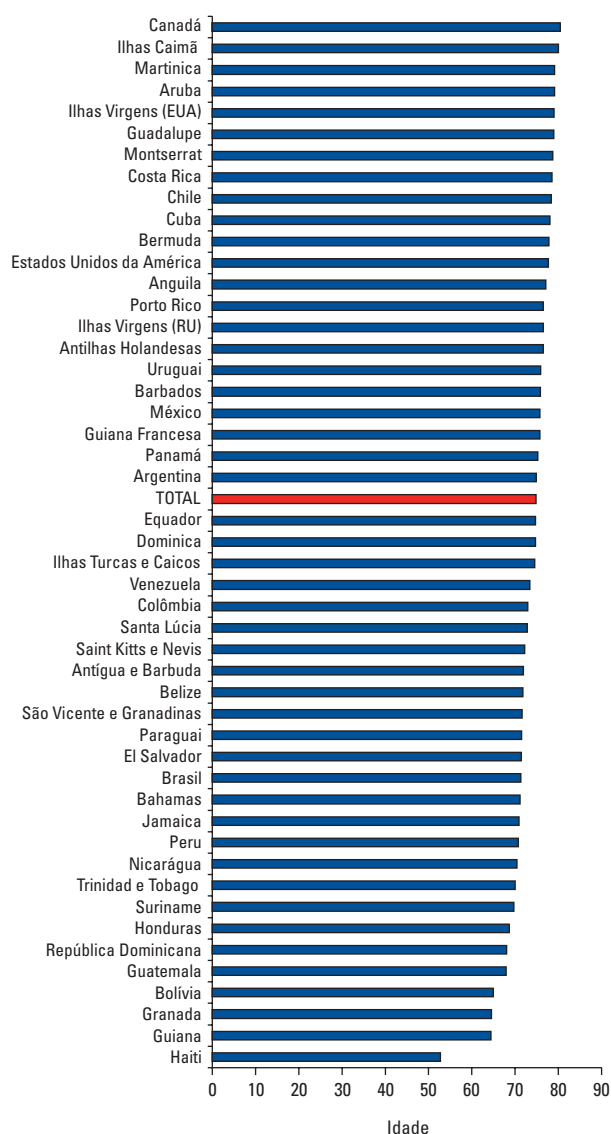
população (entendido como a proporção de população maior de 60 anos acima de um percentual determinado).

A diminuição da dependência demográfica se relaciona com a “carga” que a população potencialmente ativa deve levar em termos econômicos para atender a demanda da população potencialmente passiva. Quanto menor for a relação de dependência, menor será a referida carga, o que se interpreta como positivo para a sociedade em seu conjunto. Prevê-se que durante certo tempo, específico para cada país (figura 4), haverá uma diminuição na relação de dependência abaixo de 60, o que se considera uma “oportunidade demográfica” para os países, que dispo-

FIGURA 2. Taxa global de fecundidade, Região das Américas, 2005.

Fonte: Iniciativa Regional de Dados Básicos (IRDB) da OPS (<http://www.paho.org>)

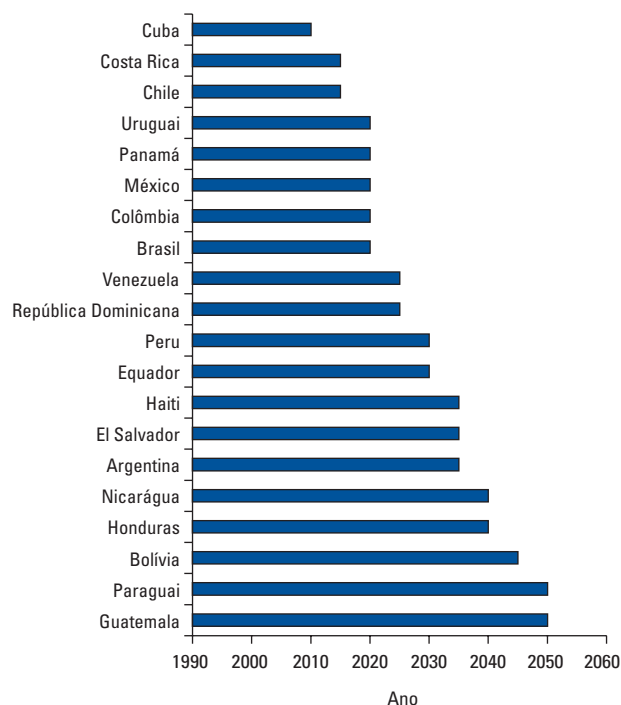
riam de um “bônus” por menor pressão da demanda de crianças. Esse bônus deveria ser aproveitado em investimentos produtivos ou redistribuição do gasto social, principalmente para melhorar a qualidade da educação e reformar o setor saúde com vistas a favorecer a mudança no perfil epidemiológico. Quando essa vantagem desaparecer (por aumento do peso dos idosos), a demanda particular no setor saúde será muito mais custosa do que foi a de crianças. Lamentavelmente, não há evidência de que os países estejam aproveitando essa oportunidade demográfica, já que a demanda de empregos de uma população ativa crescente se resolve com excessiva flexibilização, precariedade e emprego in-

FIGURA 3. Expectativa de vida ao nascer, Região das Américas, 2005.

Fonte: Iniciativa Regional de Dados Básicos (IRDB) da OPS (<http://www.paho.org>)

formal, e mais se beneficiam os lares de classe média e alta, que foram os que apresentaram uma maior diminuição da fecundidade. Para que o “bônus” pudesse favorecer os setores pobres, deveriam ser implantadas políticas de redistribuição das rendas, que assegurem que toda a sociedade se beneficie da liberação de recursos pela baixa relação de dependência.

Por outro lado, devido ao avanço da transição demográfica, a população da América Latina e Caribe estão envelhecendo paulatina, mas inexoravelmente, a taxas próximas a 3,5% anual, muito superiores à média geral de 1,5%. Em todos os países da Região, a proporção e o número absoluto de pessoas de mais de

FIGURA 4. Ano em que “terminaria” o bônus demográfico em países selecionados, Região das Américas.

Fonte: CELADE, Divisão de População da CEPAL, 2005.

60 anos aumentarão sustentadamente nos próximos decênios. A velocidade de mudança desta população será entre três e cinco vezes maior que a da população total nos períodos 2000–2025 e 2025–2050, respectivamente; como fruto desta dinâmica, a proporção de pessoas maiores de 60 anos será triplicada entre os anos 2000 e 2050. Os sistemas de previdência social e de saúde poderiam colapsar irremediavelmente sem a redistribuição das rendas e a equidade na distribuição das vantagens do desenvolvimento macroeconômico; a via para obter o anterior seria a igualdade de oportunidades para homens e mulheres em matéria de emprego e proteção social e a cobertura de saúde da população urbana e rural pobre, assim como de diferentes grupos étnicos em muitos países da Região. Em termos do atendimento de saúde, será necessário redefinir a função e as características do enfoque de atendimento de saúde centrado na necessidade de manter ao máximo a funcionalidade dos idosos, postergando a deficiência; iniciar o processo de reestruturação dos sistemas de saúde, que requererá a formação de recursos humanos qualificados para o atendimento integral das pessoas maiores; e gerar ações de prevenção da doença e promoção da saúde, não só na velhice, mas também em todas as etapas do ciclo vital. Neste contexto, merece especial atenção a maior longevidade feminina, cujos efeitos haverá de considerar em termos das políticas de saúde.

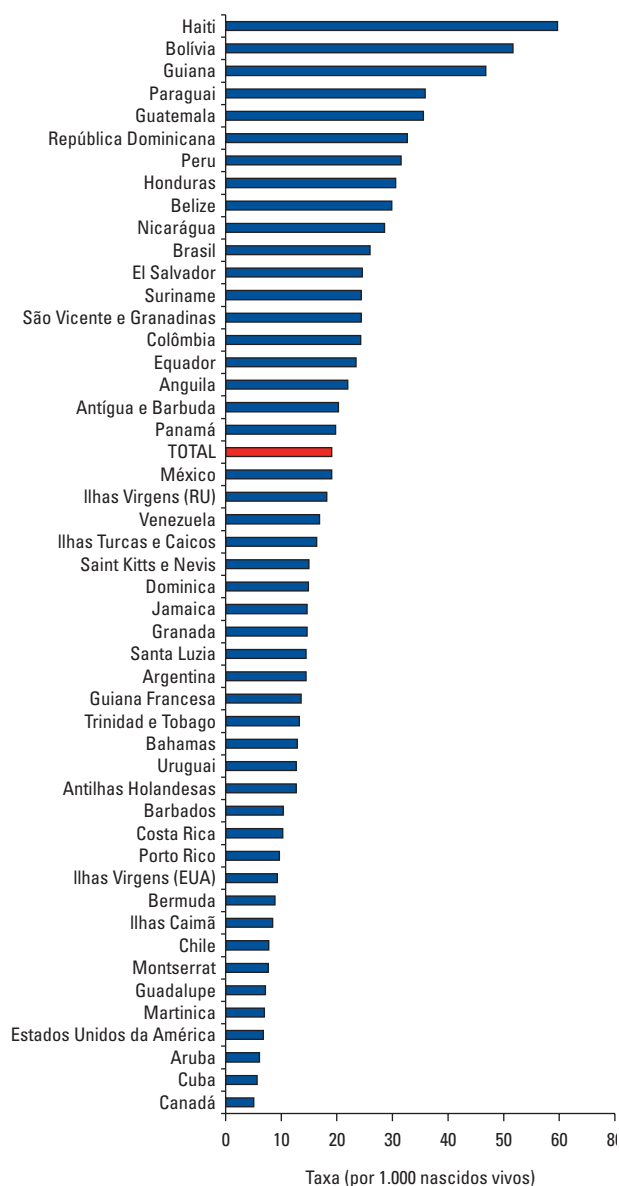
DIFERENÇAS E INIQUIDADES NA FECUNDIDADE E MORTALIDADE

Apesar da diminuição da fecundidade nos últimos 30 anos e do menor efeito das crises econômicas e sociais nessas mudanças, a Região das Américas mostra traços diferenciais que merecem ser destacados para compreender melhor as demandas que deverão enfrentar os sistemas de saúde. Entre os principais podem ser citados:

- As taxas de fecundidade variam de índices inferiores à substituição (menos de 2 filhos por mulher) no Canadá, Cuba, Estados Unidos e outros Estados insulares do Caribe, a taxas de cerca de 4 filhos por mulher na Guatemala e Haiti (ver a figura 2).
- A diminuição da fecundidade total contrasta com um aumento da fecundidade em adolescentes, que aumentou nos últimos anos na maioria dos países, em particular entre as menores de 18 anos. Este fenômeno — muito mais frequente nos grupos pobres — se associa ao abandono escolar e se apresenta, com uma frequência cada vez maior, à margem do casamento ou de uma união estável.
- Em geral, existe uma correlação negativa elevada entre fecundidade e indicadores selecionados de desenvolvimento econômico e social (produto per capita, nível de escolaridade, proporção de analfabetismo, exposição a meios de comunicação de massas, níveis de pobreza). Caso se inclua na análise o uso de contraceptivos (prevalência de métodos modernos entre mulheres unidas), se verifica que esta variável captura o grosso da variação da fecundidade entre países e que a maior parte das variáveis restantes perde significação estatística, o que remete diretamente à necessidade de políticas efetivas de saúde reprodutiva, de aplicação universal.
- As disparidades observadas entre os países são apresentadas com maior força dentro dos mesmos, pois a fecundidade é mais alta entre os grupos pobres, isto é, os de menor educação e aqueles que pertencem a povos indígenas historicamente postergados. Em alguns países como Bolívia, Guatemala e Honduras, as mulheres sem educação triplicam a fecundidade daquelas com educação secundária ou superior; é o caso de países onde importantes segmentos da população ainda estão alheios à prática do controle da natalidade mediante métodos modernos e seguros.
- A respeito das diferenças da fecundidade entre grupos étnicos, os dados censitários do ano de 2000 permitem constatar que a fecundidade alta continua sendo um traço distintivo da população indígena.

Apesar da notável redução da mortalidade já mencionada (especialmente durante as idades precoces), que se refletiu em um aumento dos anos de vida da população das Américas, e de mudanças importantes no perfil epidemiológico das doenças e mortes segundo causas, que mostram uma melhora na saúde

FIGURA 5. Taxa de mortalidade infantil estimada, Região das Américas, 2004.



Fonte: Iniciativa Regional de Dados Básicos (IRDB) da OPS (<http://www.paho.org>)

da população, existem traços de desigualdade que merecem ser destacados:

- A mortalidade infantil na América Latina se reduziu de um valor médio de 128 óbitos de menores de 1 ano por cada 1.000 nascidos vivos em 1950–1955, para 28 óbitos em 2000–2005, com diferenças notáveis entre países (figura 5). Além disso, esse indicador continua sendo maior nas populações mais atrasadas, nas quais predominam causas de

“*As infecções respiratórias agudas — em particular a pneumonia em suas diversas formas — assim como a gripe, ainda são a causa de uma grande quantidade de doenças e sofrimento nas Américas.*”

Hugh Cumming, 1932

mortes evitáveis (grupos indígenas, populações das áreas rurais e aquelas onde as mães têm menor educação), o que indica que a luta contra a mortalidade precoce não está completamente ganha na Região.

- Ainda que exista uma tendência à diminuição das diferenças entre países quanto à expectativa de vida ao nascer, ainda persistem desigualdades importantes que atingem quase 30 anos em situações extremas (ver a figura 3).
- Em todos os países da América Latina a mortalidade feminina é inferior à masculina, o que se expressa em uma expectativa de vida ao nascer superior em quase 7 anos nas mulheres. Além das diferenças biológicas entre os sexos, existem doenças próprias da mulher, como são as complicações da gravidez e o parto, que foram combatidas com maior êxito que as que afetam mormente os homens, tais como as ligadas a doenças cardiovasculares, causas externas (violência) e certos tipos de tumores malignos. Outrossim, existem iniquidades de gênero que acarretam para os homens um acesso tardio ao atendimento de saúde.
- A morbidade e mortalidade maternas foram consideradas entre os problemas de saúde pública mais importantes para os países em desenvolvimento; apesar de seu número não ser quantioso, são inaceitáveis porque na maioria dos casos são facilmente evitáveis. De acordo com as estimativas disponíveis, no mundo morreram por esta causa pouco mais de meio milhão de mulheres (515.000) em 1995. Na América Latina e Caribe, as mortes maternas desse mesmo ano eram aproximadamente 22.000, cerca de 4% do total mundial.
- Em vários países aumentou a mortalidade em certas idades ou grupos de população pela persistência ou o ressurgimento de epidemias de doenças transmissíveis, tais como cólera, hantavírus, malária, doença de Chagas, tuberculose e dengue, todas elas associadas à pobreza.
- A incidência de HIV/AIDS nas Américas é menor que em outras regiões do mundo, o que levou a alguns países a deter sua capacidade de redução da mortalidade, particularmente em grupos especiais de população. A Região, com aproximadamente 8% da população mundial, tinha no final de 2002 um milhão e meio de pessoas com HIV ou AIDS (220.000 contraíram a doença em 2005), o que representa 3,6% dos 42 milhões de casos mundiais; é mais relevante no Haiti, Honduras e outros países do Caribe.

MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS E INTERNAS

As migrações internacionais e internas constituem dois aspectos de um mesmo processo e são componentes populacionais que contribuem para delinear desigualdades, por um lado na maneira em que as pessoas saem de seus territórios e por outro, na forma em que se movem dentro deles. Isto tem conseqüências importantes no bemestar de consideráveis contingentes de pessoas, e no campo da saúde pode ter efeitos negativos tanto para os que migram como para os que ficam.

A migração internacional está muito vinculada com o processo passado e presente da mudança demográfica na Região; nos últimos anos se caracterizou por um aumento importante da emigração para o norte do continente americano (particularmente Estados Unidos e em menor medida Canadá) e para o continente europeu (especialmente Espanha). A emigração dentro da América Latina e Caribe manteve o mesmo ritmo do passado, concentrada para países tradicionalmente receptores de população, como Argentina e Costa Rica. Este fenômeno não se apresenta de maneira homogênea entre as populações, e suas especificidades de gênero, etárias e socioeconômicas repercutem fortemente na estrutura social e familiar dos países do continente. As características principais das tendências recentes deste componente demográfico podem ser sintetizadas da seguinte maneira:

- Estimase que mais de 20 milhões de latinoamericanos e caribenhos vivem atualmente fora de seu país de nascimento, cifra sem precedentes na história e que foi alcançada como conseqüência do grande aumento na migração experimentado há mais de uma década, particularmente para os Estados Unidos (três quartas partes dos migrantes), acompanhado de novos fluxos sem precedentes dirigidos à Europa, em especial à Espanha.
- Dos 20 milhões de emigrantes, 15 já estavam nos Estados Unidos em 2000, 54% dos quais eram mexicanos, seguidos de cubanos, dominicanos e salvadorenos. A emigração para outros destinos envolve um total próximo aos 5 milhões de pessoas, três dos quais se dirigem ao Canadá, a alguns países da Europa (especialmente Espanha e o Reino Unido), Japão, Israel e Austrália. Os outros 2 milhões migraram para países latinoamericanos e caribenhos (Argentina, Costa Rica e Venezuela continuam registrando o maior número). No Caribe, a migração continua mostrando uma grande intensidade por parte de haitianos para a República Dominicana.
- O fluxo migratório — que pelo jeito se manterá e ainda aumentará no futuro, apesar das restrições impostas a alguns países — está motivado pelas dificuldades de absorção de novas demandas da força de trabalho e a deterioração dos níveis de vida em muitos países da Região; também influem os avanços na tecnologia da informação e as comunicações sobre oportunidades distantes, as maiores facilidades para o transporte e a existência de redes de comunidades de migrantes.

- O status migratório irregular a que devem se submeter alguns e a desproteção que afeta os trabalhadores migrantes regulares é outra característica que merece ser destacada por seus efeitos no campo da saúde, expressados no acesso a mecanismos de integração muito frágeis, não isentos de discriminação, em especial das mulheres. Os imigrantes indocumentados, de menor escolaridade relativa e que trabalham em atividades que requerem baixa qualificação, estão mais propensos à vulnerabilidade e exclusão.
- As tendências mostram uma feminização quantitativa dos fluxos migratórios, um traço distintivo da migração latino-americana e caribenha em comparação com outras regiões do mundo. A composição por sexo das correntes migratórias guarda estreita relação com o grau de complementaridade entre os mercados de trabalho dos países, a demanda trabalhista em atividades de serviços e os efeitos da reunificação familiar. A migração de mulheres tem especificidades que devem ser consideradas nos planos e políticas de saúde.

Por seu lado, a migração interna, fenômeno de longa data e enraizado na Região, levou a um espaço geográfico com manifestas situações de iniquidade e desigualdade no acesso aos bens e serviços para uma boa parte da população que migra e ainda para a que reside nas áreas de acolhida. As características principais das tendências recentes deste componente demográfico podem ser sintetizadas da seguinte maneira:

- O processo de migração interna levou a uma urbanização das mais elevadas do mundo em desenvolvimento. Três de cada quatro latinoamericanos e caribenhos residem em zonas urbanas. Na maioria dos países, os processos migratórios se estruturam em torno de cidades de grande porte (uma de cada três pessoas da Região reside em uma cidade com 1 milhão ou mais de habitantes), a maioria delas na cidade principal, o que representa mais de um quarto da população nacional e mais de um terço da população urbana.
- A migração interna também se dá entre cidades e é seletiva, já que os migrantes tendem a ser mulheres e pessoas jovens. Em geral, a probabilidade de migrar aumenta com a educação.
- Nos últimos decênios se observa uma tendência para a migração para cidades intermediárias, assim como para zonas especializadas em produção primária para a exportação, ou com vantagens comerciais (por exemplo, zonas fronteiriças).
- Nos últimos anos se aprecia: i) intensidade moderada de migração interna na América Latina e Caribe, com índices inferiores aos de países mais desenvolvidos como Estados Unidos e Canadá; ii) predomínio dos deslocamentos entre zonas urbanas; iii) persistente migração líquida do campo, que continua sendo muito relevante para o âmbito rural,

pois explica o envelhecimento mais acentuado que o que caberia esperar à luz do avanço de sua transição demográfica; iv) persistência do deslocamento forçado, produto de conflitos internos em vários países da Região; v) continuação de um redeslocamento de população, dos conglomerados metropolitanos de maior porte para cidades mais dinâmicas ou com melhor qualidade de vida, algumas delas de seu ambiente; vi) persistência de um grande atrativo migratório de algumas capitais de países pequenos, com sistemas urbanos altamente vantajosos; vii) polarização dos traslados intrametropolitanos, já que ao histórico movimento de pobres para a periferia se somou o de famílias acomodadas para zonas rurais próximas às metrópoles e com serviços e infraestrutura urbanos, das que viajam diariamente para as cidades para trabalhar e estudar; e viii) recuperação de zonas centrais de algumas cidades, graças a programas explícitos de repovoamento.

- No que diz respeito aos migrantes, se mostra a existência de seletividade segundo idade e educação (superior à média); persistência, ainda que em declínio, do histórico viés feminino da migração interna, e níveis de desocupação mais altos entre os migrantes recentes; entretanto, também se observam níveis de ingresso dos migrantes equivalentes ou superiores aos dos não migrantes (quando se controlam variáveis chave como a idade, a educação e a responsabilidade familiar).
- As correntes e decisões migratórias, com a exceção daquelas forçadas, respondem a expectativas de melhoria das condições de vida. A evidência sugere que o traslado efetivamente beneficiou muitos migrantes — como indicam as maiores rendas que em média eles têm depois de controlar outros fatores —, mas que uma boa parte deles tem um complexo processo de inserção no local de destino — como revelam os maiores índices de desocupação dos migrantes recentes — e o acesso aos bens e serviços se torna muito difícil, a tal ponto que alguns não conseguem melhorar em relação a sua situação prévia.

CONCLUSÕES

A análise apresentada em esta parte do documento apontou para sintetizar os principais aspectos demográficos que têm influência direta ou indireta na saúde da população. O envelhecimento e as conseqüências futuras de um aumento acelerado do peso das populações idosas constituem a base do diagnóstico e a prospectiva sobre os sistemas de atendimento de saúde atuais e futuros. O aumento da fecundidade adolescente e um registro e identificação cada vez maiores das mortes maternas constituem outro exemplo em que os fenômenos demográficos e de saúde se compenetraram mutuamente. A mortalidade infantil e a expectativa de vida dependem para sua evolução positiva do controle que

o sistema de saúde faça das doenças evitáveis na infância e de outras nas populações adultas, como o HIV/AIDS. A recepção massiva de migrantes internacionais e seu contraposto, a emigração de grandes grupos de população de um país para outro, constituem um desafio HIV/AIDS. O recebimento massivo de migrantes internacionais e seu contraposto, a emigração de grandes grupos de população de um país para outro, constituem um desafio para os sistemas de saúde que colapsam nos países de acolhida e não têm demanda nos de saída. O aumento da população nas áreas urbanas e a situação de saturação da oferta hospitalar em áreas urbanas mais deprimidas e com abundante população pobre também constituem um desafio para a saúde pública.

As discussões apontam para desenvolver os melhores mecanismos para reduzir as brechas que hoje existem e que estão escondidas nas médias nacionais. Finalmente, o acesso à informação demográfica nos níveis nacionais, assim como a possibilidade de contar com dados para as áreas menores onde ocorrem os fenômenos de saúde e doença, é um insumo inevitável para o diagnóstico da situação de saúde e a formulação, acompanhamento e monitoramento das políticas de saúde.

MAGNITUDE, DISTRIBUIÇÃO E TENDÊNCIAS DA MORTALIDADE

ANÁLISE GERAL

Nas últimas décadas, o perfil da mortalidade mudou significativamente na Região das Américas. Em quase todos os países, as doenças transmissíveis foram substituídas por doenças de tipo crônico degenerativo como principais causas de doença e morte. As doenças do sistema circulatório, as neoplasias, as doenças crônicas das vias respiratórias e a diabetes aparecem entre as principais causas de morte, ao lado de causas externas como acidentes de transporte e homicídios.

Vários fatores contribuíram para as mudanças, entre os quais se destacam a evolução da estrutura de idade da população (envelhecimento), o controle ou diminuição do risco de morte por várias doenças (como as imunopreveníveis e as infecciosas intestinais) e a aparição de outras (como o HIV/AIDS). As mudanças não ocorreram de forma homogênea nem com a mesma intensidade em todos os países. Nesta seção são analisadas as principais causas de morte, segundo sexo e grandes faixas etárias, nas seguintes sub-regiões: América do Norte, México, Istmo Centroamericano, Caribe latino, Caribe não-latino, Área Andina, Brasil e Cone Sul (ver as Notas Técnicas, janela 1).

Para o conjunto da população, quatro causas de morte aparecem entre as 10 principais nas oito sub-regiões: doença isquêmica do coração (entre a primeira e a terceira), doença cerebrovascular (primeira e quarta), diabetes mellitus (primeira e sétima) e pneumonia e influenza (primeira e oitava). Além disso, as mesmas causas figuram sempre entre as 10 principais tanto em mulheres como em homens (menos a diabetes na América Central e Caribe

latino). As doenças crônicas das vias respiratórias aparecem entre as 10 principais causas de morte em cinco das oito sub-regiões; as exceções são América Central, Caribe latino e Caribe não-latino.

A figura 6 mostra que as taxas de mortalidade por **doença isquêmica do coração** são sempre mais altas no sexo masculino que no feminino. Outrossim, há grandes diferenças entre as sub-regiões, com taxas des 35–50 por 100.000 habitantes na América Central e México, a mais de 170 na América do Norte. Igualmente, na América Central e México são encontradas as menores taxas de mortalidade por **doença cerebrovascular** (figura 7). Ao contrário da doença isquêmica do coração, as taxas de mortalidade por doença cerebrovascular são mais elevadas no sexo feminino em todas as sub-regiões, exceto no Brasil.

Em relação à **diabetes**, apesar de nos últimos anos as diferenças terem diminuído, continua havendo taxas de mortalidade mais elevadas em mulheres que em homens, conforme pode ser visto na figura 8. No Cone Sul as taxas são praticamente iguais em ambos os sexos.

Pneumonia e influenza apresentam taxas de mortalidade mais altas no sexo masculino em seis das oito sub-regiões (figura 9); as exceções são América do Norte e o Cone Sul.

As taxas de mortalidade por **doenças crônicas das vias respiratórias** são encontradas na América Latina entre 16 e 25 por 100.000 no conjunto da população, sempre mais elevadas nos homens que nas mulheres (figura 10). Na América do Norte, as taxas chegam quase a 42 e são iguais em ambos os sexos. No Caribe não-latino esse grupo de doenças não figura entre as principais causas de morte, nem masculina nem feminina.

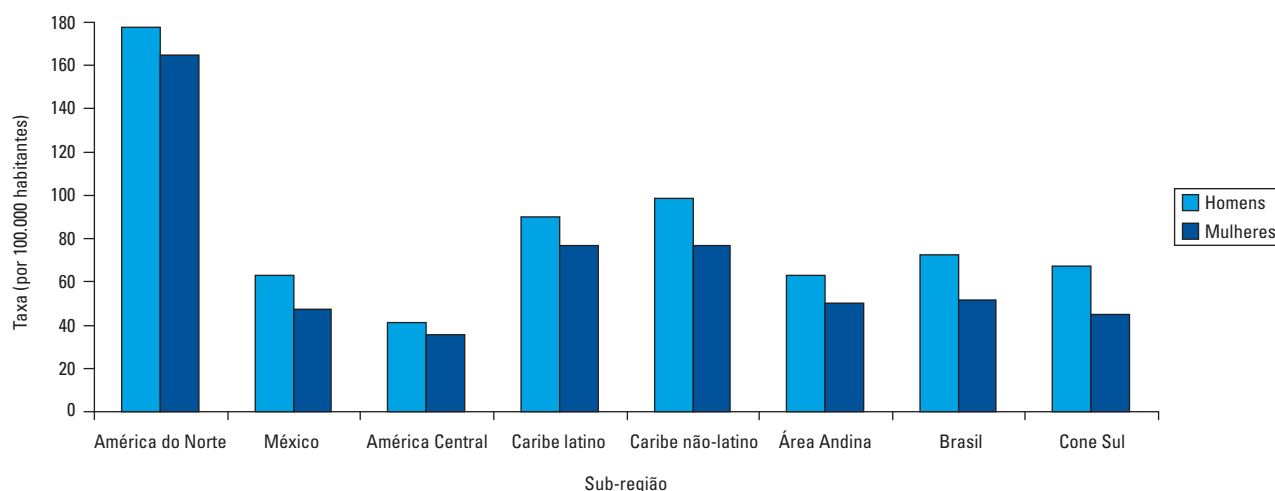
A insuficiência cardíaca e outras complicações e as doenças mal definidas do coração figuram entre as 10 principais causas de morte em todas as sub-regiões, exceto México. De um lado isto aumenta o peso das doenças do sistema circulatório na mortalidade geral, mas também mostra possíveis problemas de certificação médica de causas de morte não muito precisas, dado que normalmente estas causas são as terminais e não a causa básica da morte.

As **afecções originadas no período perinatal** podem provocar a morte anos depois do nascimento, mas a grande maioria dos óbitos é ocorre nos primeiros meses de vida. Por essa razão, ainda que a mortalidade infantil tenha diminuído significativamente, as referidas afecções continuam aparecendo entre as 10 principais causas de morte na população total, nas sub-regiões onde a mortalidade infantil ainda pode ser mais reduzida e a estrutura de idade mostra uma grande proporção de crianças. Só na América do Norte e Cone Sul, onde a população é mais velha e a mortalidade infantil é mais baixa, estas afecções não estão entre as 10 principais causas de morte na população total; entretanto, as mesmas são a primeira causa nos menores de 5 anos em todas as sub-regiões, sem exceção. Outrossim, as **doenças infecciosas intestinais** continuam presentes entre as cinco principais causas de morte em menores de 5 anos em todas as sub-regiões, menos na América do Norte.

JANELA 1. Notas técnicas

1. Sub-regiões: para esta análise da mortalidade, os países e territórios foram incluídos nas seguintes sub-regiões:
 - América do Norte: Bermuda, Canadá e Estados Unidos.
 - México.
 - Istmo Centro-americano: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá.
 - Caribe latino: Cuba, Guadalupe, Guiana Francesa, Haiti, Martinica, Porto Rico e República Dominicana.
 - Caribe não-latino: Anguila, Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Dominica, Guiana, Ilhas Caimã, Ilhas Turcas e Caicos, Ilhas Virgens (RU), Ilhas Virgens (USA), Montserrat, Santa Lúcia, Saint Kitts e Nevis, São Vicente e as Granadinas, Suriname e Trinidad e Tobago.
 - Área Andina: Bolívia, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela.
 - Brasil.
 - Cone Sul: Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai.
2. Anos: para cada país ou território foram tomados os dois ou três anos mais recentes disponíveis. Em média, para todas as sub-regiões os dados são para em torno 2002. Desta forma, as taxas de mortalidade que aparecem nos quadros são uma média do período correspondente.
3. Taxas: as taxas específicas de mortalidade por causa e idade foram estimadas segundo a metodologia descrita na edição de 2006 de Estatísticas de Saúde das Américas (<http://www.paho.org/spanish/dd/ais/hsa2006.htm>).
4. Ordenamento: foi utilizada a lista específica das principais causas de morte preparada pela OPAS e a OMS em 2004 (A method for deriving leading causes of death, Bulletin of WHO, April 2006, 84(4) <http://www.who.int/bulletin/volumes/84/4/297.pdf>)

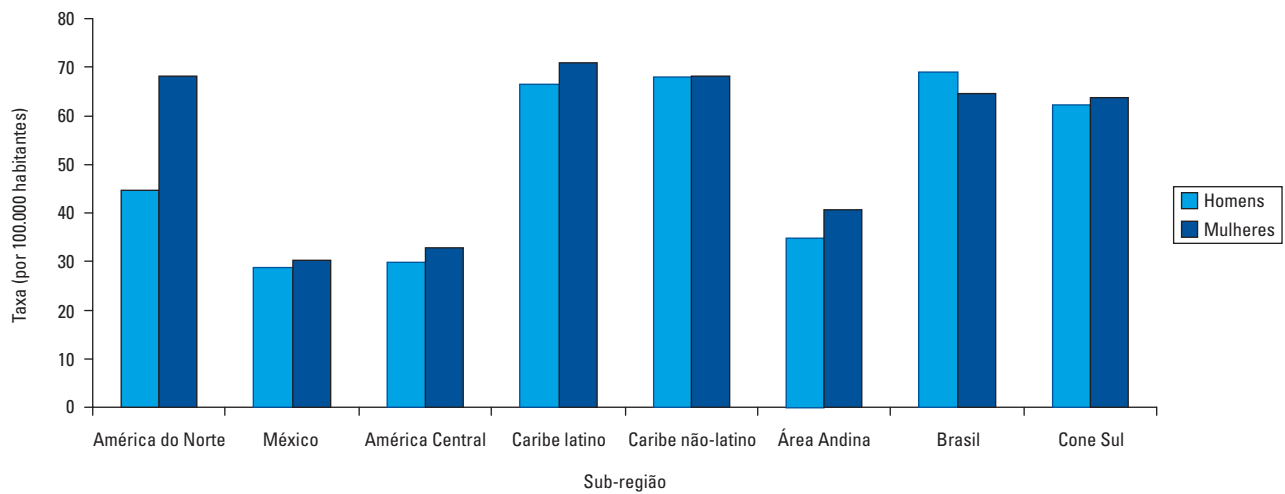
FIGURA 6. Mortalidade por doença isquêmica do coração segundo sexo, sub-regiões das Américas, em torno de 2002.



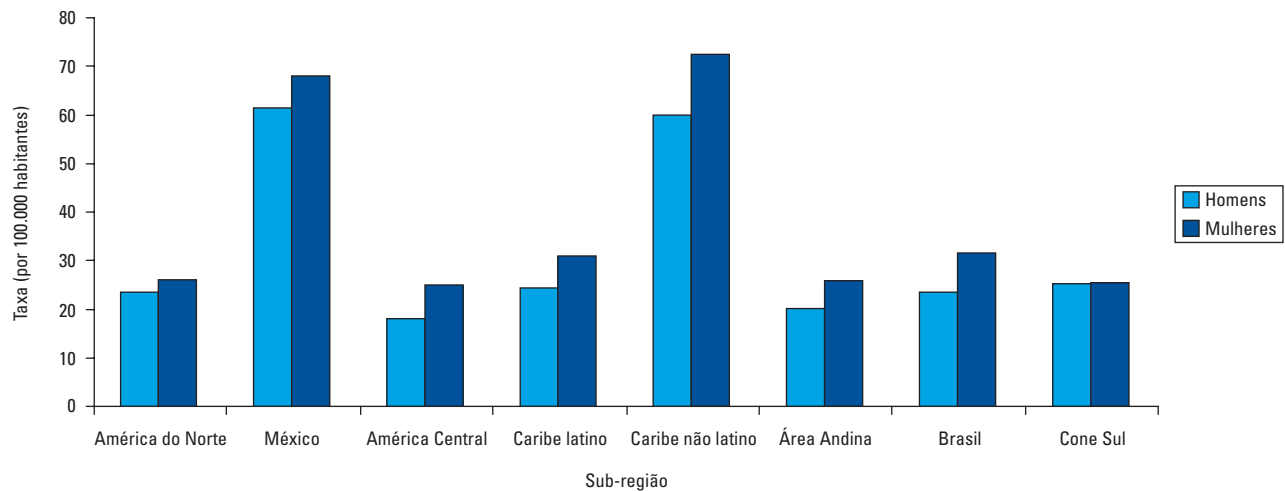
Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde.

No México, América Central, Caribe latino e Área Andina, as causas de mortalidade materna figuram entre as 10 principais **causas de morte de mulheres** entre 10 e 59 anos, enquanto que no Brasil e Cone Sul estão entre as 10 principais causas de morte

apenas de adolescentes (10–19 anos). Na América do Norte e Caribe não-latino as referidas causas não aparecem entre as 10 principais no sexo feminino em nenhuma faixa etária. Estes achados, junto com o mencionado no parágrafo anterior, indicam

FIGURA 7. Mortalidade por doença cerebrovascular segundo sexo, sub-regiões das Américas, em torno de 2002.

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde.

FIGURA 8. Mortalidade por diabetes segundo sexo, sub-regiões das Américas, em torno de 2002.

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde.

que ainda há que avançar bastante para que possam ser atingidos os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

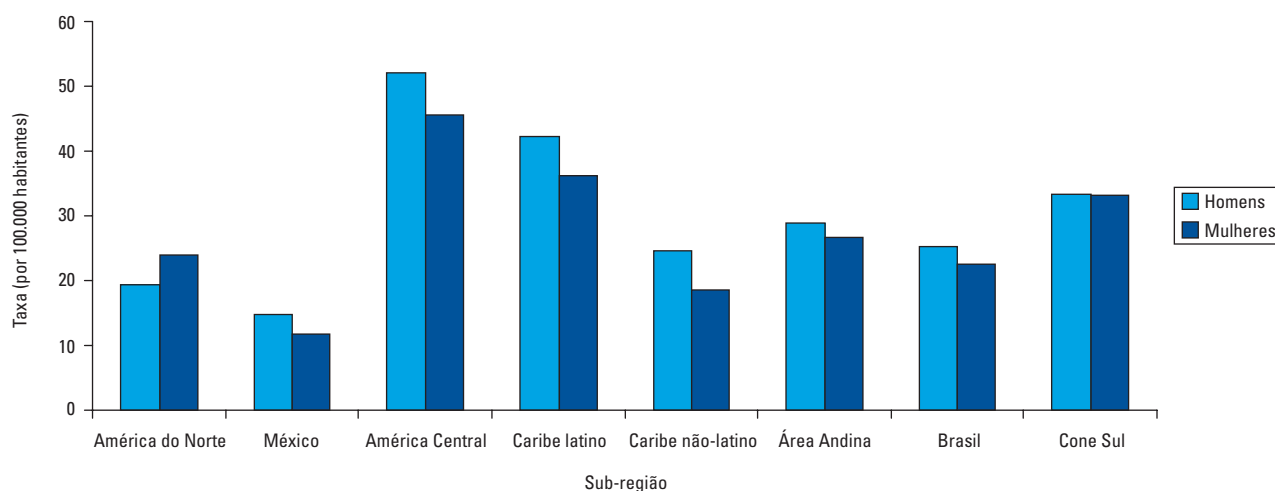
Outro aspecto a destacar é o peso das **causas externas** de óbito. Apesar de uma tendência à redução, os acidentes de transporte continuam aparecendo entre as principais causas de morte na maioria das sub-regiões; apenas no Cone Sul não figuram entre as 10 principais causas nos homens. A tendência da mortalidade por homicídios aumentou no geral, em especial em jovens do sexo masculino. Os suicídios têm um peso importante e aparecem como uma das primeiras causas de morte em adolescentes e adultos jovens. Em duas sub-regiões, América do Norte e

Cone Sul, há mais suicídios que homicídios. Em crianças e adolescentes, o afogamento e a submersão acidental são também importantes causas de morte.

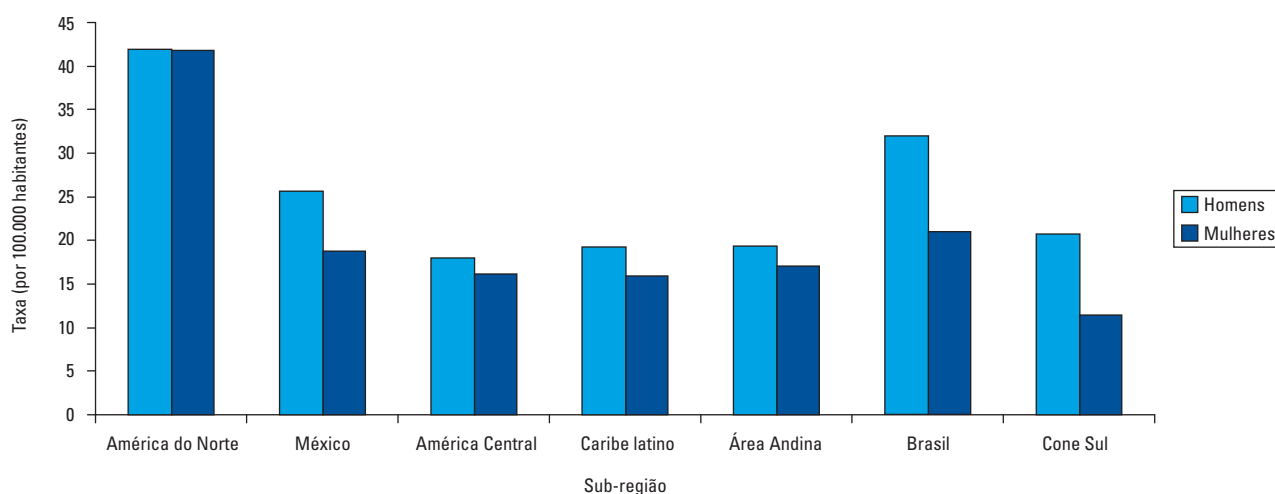
ANÁLISE POR SUB-REGIÕES

América do Norte

As doenças isquêmicas do coração representam 20,9% de todos os óbitos, o que corresponde a uma taxa de 171,1 por 100.000 habitantes, a mais alta da Região. Depois seguem a

FIGURA 9. Mortalidade por pneumonia e influenza segundo sexo, sub-regiões das Américas, em torno de 2002.

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde.

FIGURA 10. Mortalidade por doenças crônicas das vias respiratórias segundo sexo, sub-regiões das Américas, em torno de 2002.

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde.

doença cerebrovascular (6,9%) e as neoplasias malignas de pulmão, traquéia e brônquios (6,6%), sendo esta última a segunda causa entre os homens, com 7,8% das mortes. Destaca-se também que a demência e a doença de Alzheimer ocupam a quarta posição entre as mulheres e a quinta na população total, mas que não estão entre as 10 principais causas de morte nos homens (quadro 1).

Outra diferença entre a mortalidade masculina e a feminina se refere às neoplasias malignas. A neoplasia maligna da próstata ocupa o sexto lugar entre os homens, mesma posição que ocupa a da mama nas mulheres; entre os homens, a neoplasia maligna

de tecido linfático e hematopoético figura em sétimo lugar, e a de cólon em nono, mas não estão entre as 10 primeiras causas de mortalidade feminina.

Nos menores de 5 anos, quase a metade das mortes em ambos os sexos são devidas a afecções originadas no período perinatal e mais de 20% a malformações congênitas. Nos 30% restantes predominam as causas externas, como acidentes de transporte, obstrução acidental do trato respiratório, homicídios e afogamentos.

Entre os 5 e os 19 anos de idade, faixa etária com menor risco geral de morte, predominam as causas externas, com os aciden-

QUADRO 1. Taxas (por 100.000 habitantes), proporção e proporção acumulada (sobre causas definidas) das 10 principais causas de morte, segundo sexo, América do Norte, em torno de 2002.

Óbitos	Total			Homens			Mulheres		
	Posição	Tasa	% acumulado	Posição	Tasa	% acumulado	Posição	Tasa	% acumulado
Total	—	830,7	100,0	—	830,4	100,0	—	831,0	100,0
Causas mal definidas	—	—	1,3	—	—	1,3	—	—	1,3
Causas definidas	—	819,9	100,0	—	819,6	100,0	—	820,2	100,0
Doença isquêmica do coração	1	171,1	20,9	1	177,6	21,7	1	164,9	20,1
Doença cerebrovascular	2	56,6	6,9	3	44,6	5,4	2	68,1	8,3
Neoplasia maligna de pulmão, brônquios e traquéia	3	54,5	6,6	2	64,2	7,8	3	45,1	5,5
Doenças crônicas de vias respiratórias inferiores	4	41,8	5,1	4	41,9	5,1	5	41,8	5,1
Demência e Alzheimer	5	32,0	3,9	—	—	—	4	44,6	5,4
Diabetes	6	24,8	3,0	5	23,4	2,9	8	26,1	3,2
Insuficiência cardíaca	7	22,4	2,7	—	—	—	7	26,5	3,2
Pneumonia e influenza	8	21,7	2,6	10	19,4	2,4	9	23,9	2,9
Neoplasia maligna de cólon, sigmóide e reto	9	20,1	2,5	9	20,5	2,5	—	—	—
Neoplasia maligna de tecido linfático e hematopoético	10	19,6	2,4	7	21,3	2,6	—	—	—
Neoplasia maligna de mama	—	—	—	—	—	—	6	28,8	3,5
Neoplasia maligna de próstata	—	—	—	6	22,0	2,7	—	—	—
Doenças do sistema urinário	—	—	—	—	—	—	10	20,9	2,5
Acidentes de transporte terrestre	—	—	—	8	21,3	2,6	—	—	—

— Não figura entre as 10 principais causas.

Fonte: Base de dados de mortalidade, Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Vigilância Sanitária e Atendimento das Doenças, Unidade de Análise de Saúde e Estatísticas.

tes de transporte como a primeira causa em ambos os sexos, seguidos pelos homicídios; na faixa de 10–19 anos, os suicídios são a terceira causa de morte, igualmente em ambos os sexos. As taxas de mortalidade por todas as causas para as idades de 5–9 e 10–19 anos são as mais baixas da Região: 0,15 por 1.000 e 0,42 por 1.000, respectivamente.

A primeira causa de morte nas mulheres de 20 a 59 anos na América do Norte são as neoplasias de pulmão, traquéia e brônquios; entretanto, apesar das mesmas aparecerem apenas em quarto lugar entre os homens, a taxa de mortalidade masculina (20,4 por 100.000) é mais elevada que a feminina (16,9 por 100.000). Em relação aos acidentes de transporte, as taxas são quase três vezes mais altas em homens (24,7 por 100.000) que em mulheres (9 por 100.000), ocupando respectivamente a segunda e quarta posições. Nos homens do mesmo faixa etária (20–59), a doença isquêmica do coração é a primeira causa de morte e, como já foi mencionado, os acidentes de transporte a segunda, seguidos por suicídios, câncer de pulmão, cirrose e homicídios. A morte por HIV/AIDS, que esteve nas primeiras posições em meados dos anos noventa, aparece agora em sétimo lugar, seguindo uma tendência de diminuição iniciada no final da década de 1990. Entre as mulheres, depois do câncer do pulmão, a doença isquêmica do coração aparece em segundo lugar, seguida por câncer de mama, acidentes de transporte, doença cerebrovascular e cirrose.

A partir dos 60 anos de idade, em ambos os sexos, predominam principalmente as mortes causadas por doenças do sistema circulatório (doença isquêmica do coração e cerebrovascular) e as neoplasias (pulmão em ambos os sexos, mama em mulheres e próstata em homens), ao lado de demência e Alzheimer, doenças crônicas das vias respiratórias e diabetes, com perfil semelhante em mulheres e homens, com taxas levemente superiores nos homens.

México

A primeira causa de morte na população total é diabetes mellitus, com 12,8% dos óbitos (primeira causa no sexo feminino com 15,7% dos óbitos e segunda no masculino, com 10,6%) (quadro 2); assim como no Caribe não-latino, o México apresenta em ambos os sexos uma das taxas mais altas das Américas, mais que o dobro do que qualquer outra sub-região.

A doença isquêmica do coração e a doença cerebrovascular aparecem em ambos os sexos entre as quatro primeiras causas no México, como em todas as demais sub-regiões. Chama a atenção que a cirrose figure como terceira causa de morte, com uma taxa de 32 por 100.000 (49,5 em homens e 15,4 em mulheres), e é a única sub-região onde aparece entre as 10 principais causas em mulheres (quinta causa principal); entre os 20 e os 59 anos é a primeira causa no sexo masculino (15%) e a segunda no feminino (6,1%). Nos homens, seguem em importância os acidentes de transporte, as doenças crônicas das vias respiratórias,

as afecções originadas no período perinatal e os homicídios. Nas mulheres, as doenças crônicas das vias respiratórias aparecem em quarto lugar, seguidas de cirrose, afecções perinatais, doença hipertensiva, doenças do sistema urinário, pneumonia e influenza, e as deficiências e anemias nutricionais (2,5% de todas as mortes de mulheres) em décimo lugar, sendo a única sub-região onde isto ocorre.

Nos menores de 5 anos, as afecções originadas no período perinatal e as malformações congênitas representam mais de 60% do total de mortes; seguem em importância pneumonia e influenza, doenças infecciosas intestinais, obstrução accidental do trato respiratório e desnutrição. Tanto nos meninos como nas meninas, as principais causas são as mesmas e aparecem na mesma ordem; entretanto, as taxas de mortalidade por todas elas são sempre um pouco mais altas no sexo masculino.

Entre as mulheres de 5 a 19 anos de idade, as principais causas de morte são, nessa ordem, acidentes de transporte, neoplasias malignas do tecido linfático e hematopoético, malformações congênitas, doenças do sistema urinário, suicídios (terceira causa entre os 10 e 19 anos) e homicídios; as complicações da gravidez, parto e puerpério são a sétima causa na faixa de 10 a 19 anos. Nos homens de 5 a 19 anos, os acidentes de transporte também são a primeira causa de morte e os homicídios, a segunda. Seguem em importância as neoplasias malignas de tecido linfático e hematopoético, afogamento e submersão accidental e malformações congênitas. Nessa faixa etária (5–19), as taxas de mortalidade são sempre mais baixas que em outras idades, mas as masculinas são sempre mais altas que as femininas, especialmente por causas externas. Assim como no sexo feminino, a terceira causa de morte nos homens de 10 a 19 anos são os suicídios.

Entre os 20 e os 59 anos, as duas primeiras causas são as mesmas em ambos os sexos, ainda que em ordem inversa: a diabetes é a primeira em mulheres e a segunda em homens, e o contrário ocorre com a cirrose. No sexo masculino seguem em ordem de importância os acidentes de transporte, os homicídios, a doença isquêmica do coração e o HIV/AIDS, enquanto que no feminino aparecem a doença isquêmica do coração, a neoplasia maligna do útero e da mama, e a doença cerebrovascular.

Depois dos 60 anos de idade, predominam como principais causas de morte em ambos os sexos a diabetes, a doença isquêmica do coração, a doença cerebrovascular e as doenças crônicas das vias respiratórias.

América Central

A primeira causa de morte em ambos os sexos é a pneumonia e influenza (8,6% do total de óbitos) e sua taxa é mais que o dobro do que na maioria das outras sub-regiões; o anterior poderia explicar-se em parte por deficiências de certificação médica, dado que com frequência as pneumonias são terminais e não é mencionada a causa básica que as originou. Nos homens seguem os homicídios, a doença isquêmica do coração, as doenças infeccio-

QUADRO 2. Taxas (por 100.000 habitantes), proporção e proporção acumulada (sobre causas definidas) das 10 principais causas de morte, segundo sexo, México, em torno de 2002.

Óbitos	Total			Homens			Mulheres		
	Posição	Taxa	% acumulado	Posição	Taxa	% acumulado	Posição	Taxa	% acumulado
Total	—	514,8	100,0	—	591,2	100,0	—	441,6	100,0
Causas mal definidas	—	—	2,0	—	—	1,8	—	—	2,3
Causas definidas	—	504,5	100,0	—	580,6	100,0	—	431,4	100,0
Diabetes	1	64,7	12,8	2	61,3	10,6	1	67,9	15,7
Doença isquêmica do coração	2	55,1	10,9	1	63,1	10,9	2	47,4	11,0
Cirrose e outras doenças do fígado	3	32,3	6,4	3	49,8	8,6	5	15,5	3,6
Doença cerebrovascular	4	29,5	5,8	4	28,8	5,0	3	30,2	7,0
Doenças crônicas de vias respiratórias inferiores	5	22,1	4,4	6	25,7	4,4	4	18,8	4,4
Afecções originadas no período perinatal	6	19,2	3,8	7	23,2	4,0	6	15,5	3,6
Acidentes de transporte terrestre	7	16,5	3,3	5	26,5	4,6	—	—	—
Pneumonia e influenza	8	13,2	2,6	9	14,7	2,5	9	11,8	2,7
Doenças do sistema urinário	9	13,1	2,6	10	14,2	2,4	8	12,0	2,8
Doença hipertensiva	10	12,5	2,5	—	—	—	7	14,2	3,3
Agressões (homicídios)	—	—	—	8	19,0	3,3	—	—	—
Desnutrição e anemias nutricionais	—	—	—	—	—	—	10	11,0	2,5

— Não figura entre as 10 principais causas.

Fonte: Base de dados de mortalidade, Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Vigilância Sanitária e Atendimento das Doenças, Unidade de Análise de Saúde e Estatísticas.

sas intestinais e as afecções originadas no período perinatal. Nas mulheres, depois da pneumonia e influenza aparecem a doença isquêmica do coração, a doença cerebrovascular, as doenças infecciosas intestinais e a diabetes. Cabe ressaltar que a América Central é a única sub-região onde as doenças infecciosas intestinais figuram entre as 10 principais causas de morte (quarto lugar em ambos os sexos) (quadro 3).

Nos menores de 5 anos, as principais causas de morte em ambos os sexos e na mesma ordem são as afecções originadas no período perinatal, as doenças infecciosas intestinais, a pneumonia e influenza, as malformações congênitas e a desnutrição. A América Central e o Caribe latino são as únicas sub-regiões das Américas onde as doenças preveníveis por vacinação ainda figuram entre as 10 principais causas de morte nessa idade (sétima na América Central e décima no Caribe latino).

Entre os homens de 5 a 19 anos de idade na América Central, a principal causa de morte são os homicídios, seguidos por acidentes de transporte, causas externas de intenção não determinada, pneumonia e influenza e afogamento e submersão acidentais. No sexo feminino, as principais causas nessa faixa etária são pneumonia e influenza, doenças infecciosas intestinais, acidentes de transporte e causas externas de intenção não determinada. É a única sub-região onde as doenças imunopreveníveis novamente aparecem nesta faixa etária, como a oitava causa.

Na faixa de 20 a 59 anos, os homicídios são a principal causa de morte na América Central. A contribuição da mortalidade masculina é tão elevada que, apesar de ser a décima causa entre as mulheres, é a primeira na população total desta faixa etária. No sexo masculino as primeiras causas são homicídios, cirrose, acidentes de transporte, efeitos adversos do uso de substâncias psicoativas (como o álcool) e causas externas de intenção não determinada. Entre as mulheres, as principais causas são neoplasias malignas do útero, diabetes, doença cerebrovascular, pneumonia e influenza e doença isquêmica do coração.

Nos idosos (mais de 60 anos), as cinco primeiras causas de morte são as mesmas para ambos os sexos, na seguinte ordem: doença isquêmica do coração, doença cerebrovascular, pneumonia e influenza, diabetes (quarta em mulheres, quinta em homens) e insuficiência cardíaca (quinta em mulheres, quarta em homens).

Caribe latino

As três principais causas de morte em ambos os sexos são a doença isquêmica do coração, a doença cerebrovascular e a pneumonia e influenza (quadro 4). Nas mulheres, a quarta causa principal de morte é a diabetes, seguida de doença hipertensiva e HIV/AIDS, enquanto que nos homens, a quarta causa principal de morte é o HIV/AIDS, seguida de neoplasias malignas de pulmão e doenças infecciosas intestinais. Cabe destacar que o número de óbitos por HIV/AIDS no Haiti, onde é a primeira causa de morte registrada, determina que a doença esteja entre as principais cau-

sas de morte no Caribe latino. O mesmo ocorre com a mortalidade por desnutrição e por doenças infecciosas intestinais nas faixas etárias mais baixas.

Em crianças de 0 a 4 anos, as cinco primeiras causas de morte são as mesmas no sexo masculino e feminino: afecções originadas no período perinatal, desnutrição, doenças infecciosas intestinais, pneumonia e influenza e malformações congênitas.

Na faixa de 5 a 19 anos, as quatro primeiras causas são as mesmas em ambos os sexos: acidentes de transporte, doenças infecciosas intestinais, HIV/AIDS e causas externas de intenção não determinada. No sexo feminino as causas de mortalidade materna aparecem em segundo lugar na faixa de 10 a 19 anos.

Na faixa de 20 a 59 anos de idade, a primeira causa de morte em ambos os sexos é HIV/AIDS. Nos homens, a segunda causa de morte é a doença isquêmica do coração, seguida de acidentes de transporte, homicídios e doença cerebrovascular, enquanto que nas mulheres, a segunda causa de morte é a doença cerebrovascular, seguida de doença isquêmica do coração e causas de mortalidade materna.

A partir dos 60 anos o perfil de mortalidade é quase o mesmo para mulheres e homens, com taxas um pouco mais altas nos últimos. As três primeiras causas para ambos os sexos são a doença isquêmica do coração, a doença cerebrovascular e a pneumonia e influenza. Nas mulheres, a quarta causa principal de morte é a diabetes, seguida de doença hipertensiva e insuficiência cardíaca, enquanto que nos homens, a quarta causa principal de morte são as neoplasias malignas da próstata e o pulmão, seguidas de insuficiência cardíaca.

Caribe não-latino

As principais causas de morte em ambos os sexos são a doença isquêmica do coração, a doença cerebrovascular e a diabetes (quadro 5). Esta sub-região, assim como o México, apresenta as taxas mais altas de mortalidade por diabetes nas Américas (entre 60 e 72 por 100.000); também apresenta as taxas de mortalidade por HIV/AIDS mais altas das Américas: 37,7 por 100.000 na população geral, 48,3 por 100.000 em homens (quarta causa) e 27,3 por 100.000 em mulheres (quinta causa).

Nos menores de 5 anos, as seis primeiras causas de morte são as mesmas em ambos os sexos: afecções originadas no período perinatal (53,9%), malformações congênitas (11,1%), doenças infecciosas intestinais (5,5%), pneumonia e influenza (3,9%), HIV/AIDS (3,5%) e desnutrição (2%).

Na faixa de 5 a 19 anos de idade, os acidentes de transporte são a principal causa de morte tanto em homens como em mulheres; em seqüência figuram HIV/AIDS, homicídios e suicídios (primeira causa nas adolescentes), e afogamento e submersão acidental.

Na faixa de 20 a 59 anos, o HIV/AIDS é a primeira causa tanto em homens como em mulheres (15,7% e 14,9% das mortes, respectivamente). No sexo masculino seguem a doença isquêmica

QUADRO 3. Taxas (por 100.000 habitantes), proporção e proporção acumulada (sobre causas definidas) das 10 principais causas de morte, segundo sexo, Istmo Centro-americano, em torno de 2002.

Óbitos	Total			Homens			Mulheres		
	Posição	Taxa	% acumulado	Posição	Taxa	% acumulado	Posição	Taxa	% acumulado
Total	—	643,5	100,0	—	721,9	100,0	—	566,2	100,0
Causas mal definidas	—	—	11,9	—	—	10,8	—	—	13,3
Causas definidas	—	566,9	100,0	—	643,9	100,0	—	490,9	100,0
Pneumonia e influenza	1	48,8	8,6	1	52,0	8,1	1	45,6	9,3
Doença isquêmica do coração	2	38,5	6,8	3	41,3	6,4	2	35,7	7,3
Doença cerebrovascular	3	31,4	5,5	6	29,9	4,6	3	32,8	6,7
Doenças infecciosas intestinais	4	28,5	5,0	4	31,3	4,9	4	25,8	5,3
Afecções originadas no período perinatal	5	26,4	4,7	5	30,6	4,8	6	22,1	4,5
Agressões (homicídios)	6	25,3	4,5	2	45,8	7,1	—	—	—
Diabetes	7	21,5	3,8	—	—	—	5	24,9	5,1
Insuficiência cardíaca	8	19,7	3,5	10	18,2	2,8	7	21,1	4,3
Cirrose e outras doenças do fígado	9	19,2	3,4	7	26,4	4,1	—	—	—
Doenças do sistema urinário	10	16,6	2,9	9	21,0	3,3	—	—	—
Acidentes de transporte terrestre	—	—	—	8	24,0	3,7	—	—	—
Doenças crônicas de vias respiratórias inferiores	—	—	—	—	—	—	8	16,1	3,3
Paro cardíaco	—	—	—	—	—	—	9	14,4	2,9
Neoplasia maligna do útero	—	—	—	—	—	—	10	13,0	2,6

— Não figura entre as 10 principais causas.

Fonte: Base de dados de mortalidade, Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Vigilância Sanitária e Atendimento das Doenças, Unidade de Análise de Saúde e Estatísticas.

QUADRO 4. Taxas (por 100.000 habitantes), proporção e proporção acumulada (sobre causas definidas) das 10 principais causas de morte, segundo sexo, Caribe latino, em torno de 2002.

Óbitos	Total			Homens			Mulheres		
	Posição	Taxa	% acumulado	Posição	Taxa	% acumulado	Posição	Taxa	% acumulado
Total	—	872,6	100,0	—	953,0	100,0	—	793,1	100,0
Causas mal definidas	—	—	15,3	—	—	15,7	—	—	14,8
Causas definidas	—	739,1	100,0	—	803,4	100,0	—	675,7	100,0
Doença isquêmica do coração	1	83,5	11,3	1	90,2	11,2	1	76,9	11,4
Doença cerebrovascular	2	68,7	9,3	2	66,5	8,3	2	70,8	10,5
Pneumonia e influenza	3	39,2	5,3	3	42,2	5,3	3	36,2	5,4
Doença por HIV/AIDS	4	31,8	4,3	4	36,5	4,5	6	27,1	4,0
Diabetes	5	27,7	3,7	—	—	—	4	30,9	4,6
Doença hipertensiva	6	26,8	3,6	10	24,7	3,1	5	28,8	4,3
Afeções originadas no período perinatal	7	26,4	3,6	7	26,7	3,3	8	26,0	3,8
Doenças infecciosas intestinais	8	25,8	3,5	6	27,8	3,5	9	23,8	3,5
Enfermidades infecciosas intestinais	9	25,3	3,4	—	—	—	7	26,2	3,9
Insuficiência cardíaca	10	19,0	2,6	5	29,1	3,6	—	—	—
Neoplasia maligna de pulmão, brônquios e traquéia	—	—	—	8	25,3	3,1	—	—	—
Acidentes de transporte terrestre	—	—	—	9	25,2	3,1	—	—	—
Neoplasia maligna de próstata	—	—	—	—	—	—	10	15,9	2,4
Doenças crônicas de vias respiratórias inferiores	—	—	—	—	—	—	—	—	—

— Não figura entre as 10 principais causas.

Fonte: Base de dados de mortalidade, Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Vigilância Sanitária e Atendimento das Doenças, Unidade de Análise de Saúde e Estatísticas.

QUADRO 5. Taxas (por 100.000 habitantes), proporção e proporção acumulada (sobre causas definidas) das 10 principais causas de morte, segundo sexo, Caribe não-latino, em torno de 2002.

Óbitos	Total			Homens			Mulheres		
	Posição	Taxa	% acumulado	Posição	Taxa	% acumulado	Posição	Taxa	% acumulado
Total	—	683,4	100,0	—	766,5	100,0	—	602,6	100,0
Causas mal definidas	—	—	3,3	—	—	2,9	—	—	3,8
Causas definidas	—	660,8	100,0	—	744,3	100,0	—	579,7	100,0
Doença isquêmica do coração	1	87,6	13,3	1	98,7	13,3	1	76,8	13,2
Doença cerebrovascular	2	68,0	10,3	2	67,9	23,5	3	68,1	11,7
Diabetes	3	66,3	10,0	3	60,0	33,6	2	72,4	12,5
Doença por HIV/AIDS	4	37,7	5,7	4	48,3	39,3	5	27,3	4,7
Doença hipertensiva	5	33,5	5,1	6	31,2	44,4	4	35,7	6,2
Pneumonia e influenza	6	21,6	3,3	7	24,6	47,6	7	18,6	3,2
Insuficiência cardíaca	7	20,1	3,0	—	—	50,7	6	20,0	3,5
Afecções originadas no período perinatal	8	19,8	3,0	8	23,0	53,7	8	16,6	2,9
Neoplasia maligna de próstata	9	16,4	2,5	5	31,9	56,1	—	—	—
Acidentes de transporte terrestre	10	13,9	2,1	9	22,3	58,2	—	—	—
Agressões (homicídios)	—	—	—	10	21,3	—	—	—	—
Neoplasia maligna de mama	—	—	—	—	—	—	9	16,3	2,8
Neoplasia maligna de útero	—	—	—	—	—	—	10	15,2	2,6

— Não figura entre as 10 principais causas.

Fonte: Base de dados de mortalidade, Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Vigilância Sanitária e Atendimento das Doenças, Unidade de Análise de Saúde e Estatísticas

do coração (10,2%), os homicídios (6,2%), a diabetes (6,2%) e os suicídios (5,9%); no sexo feminino seguem a diabetes (10,9%), a doença isquêmica do coração (7,9%), a doença cerebrovascular (6,7%) e a neoplasia maligna da mama (5%).

A partir dos 60 anos de idade, as três primeiras causas de morte são as mesmas em ambos os sexos, com proporções muito similares: doença isquêmica do coração (17,2%), doença cerebrovascular (14,1%) e diabetes (12,5%). As taxas de mortalidade são mais altas nos homens para as duas primeiras causas e nas mulheres, para a diabetes. Seguem, em ordem de importância, a neoplasia maligna da próstata e a doença hipertensiva nos homens, e a doença hipertensiva e a insuficiência cardíaca nas mulheres.

Área Andina

Os homicídios são a primeira causa de morte entre os homens (15,1% de todas as mortes) e a segunda causa na população total, apesar de não figurar entre as 10 principais nas mulheres (quadro 6). A taxa de mortalidade masculina por homicídios, a mais alta em todas as sub-regiões, chega a 87,3 por 100.000 homens. Entre os países andinos, as taxas são mais altas na Colômbia, aproximadamente o triplo dos demais.

Na população geral e também no sexo feminino, a doença isquêmica do coração é a primeira causa de morte e a segunda no sexo masculino; neste último, as causas seguintes são doença cerebrovascular, acidentes de transporte, pneumonia e influenza e afecções originadas no período perinatal; em mulheres, a doença isquêmica do coração lhe seguem a doença cerebrovascular, a pneumonia e influenza, a diabetes, as afecções originadas no período perinatal e a doença hipertensiva.

Na faixa de 0–4 anos, as cinco primeiras causas de morte são as mesmas em ambos os sexos, com proporções e taxas de mortalidade muito semelhantes: afecções originadas no período perinatal (39,7% dos óbitos), malformações congênitas (12,4%), pneumonia e influenza (11,5%), doenças infecciosas intestinais (6,1%) e desnutrição (4,6%).

Entre os homens de 5 a 19 anos, as cinco primeiras causas de morte são as causas externas (com mais de 70% do total); os homicídios ocupam o primeiro lugar, com 42%, seguidos dos acidentes de transporte, as causas externas de intenção não determinada, os suicídios (em adolescentes) e o afogamento e a submersão acidental. No sexo feminino, as três primeiras são as causas externas: acidentes de transporte, homicídios e suicídios (em adolescentes); em quarto lugar estão as neoplasias malignas de tecido linfático e hematopoético e em quinto, as causas externas de intenção não determinada. Vale ressaltar que estas últimas são de fato homicídios, suicídios e acidentes, nos quais não se pôde determinar a intencionalidade, o que significa que as referidas causas externas são ainda mais relevantes que o que mostram as cifras.

Na faixa de 20 a 59 anos o panorama é distinto segundo o sexo. Entre as mulheres as principais causas são neoplasias malignas

do útero (7,1% do total), doença cerebrovascular (7%), doença isquêmica do coração (6,6%), homicídios (5,1%) e neoplasia maligna da mama (5%). Entre os homens os homicídios representam 28,8% das mortes, seguidos de acidentes de transporte terrestre (8,8%), doença isquêmica do coração (6,3%), causas externas de intenção não determinada (6%) e HIV/AIDS (3,5%).

A partir dos 60 anos, as seis primeiras causas são as mesmas em ambos os sexos, mas não exatamente na mesma ordem. A doença isquêmica do coração é a primeira causa em ambos os sexos, com 16% das mortes totais, seguida da doença cerebrovascular (9,2%). Nas mulheres, as causas seguintes são diabetes, doença hipertensiva, pneumonia e influenza e doenças crônicas das vias respiratórias, com 7,3; 5,9; 5,7 e 5,3% das mortes femininas, respectivamente. Nos homens figuram as doenças crônicas das vias respiratórias (6%), a pneumonia e influenza (5,3%), a diabetes (5%) e a doença hipertensiva (4,9%).

Brasil

Conforme pode ser verificado no quadro 7, as duas primeiras causas de morte são a doença cerebrovascular (10,6% do total) e a doença isquêmica do coração (9,8%), com proporções similares em ambos os sexos. As causas seguintes em homens são homicídios (7,8%, taxa de 57,3 por 100.000), acidentes de transporte terrestre (4,4%), doenças crônicas das vias respiratórias (4,3%) e afecções originadas no período perinatal (4,2%). No sexo feminino, a terceira causa é diabetes (6,1% dos óbitos), seguida de insuficiência cardíaca (4,7%), afecções originadas no período perinatal (4,4%) e pneumonia e influenza (4,3%).

Nos menores de 5 anos, a grande maioria dos óbitos em ambos os sexos se deve a afecções originadas no período perinatal (54,5%) e a malformações congênitas (12,1%), como em todas as sub-regiões. Seguem em ordem de importância a pneumonia e influenza (5,7%), doenças infecciosas intestinais (5%) e septicemia (3,1%). O perfil é igual em meninos e meninas, com taxas de mortalidade um pouco mais altas nos primeiros.

Na faixa de 5 a 19 anos predominam as causas externas, em especial no sexo masculino, onde os homicídios aparecem em primeiro lugar (décima na faixa de 5 a 9 anos e primeira na de 10 a 19), com quase 40% do total. Nos homens seguem os acidentes de transporte, afogamento e submersão acidental, causas externas de intenção não determinada e, em adolescentes, suicídio. Nas mulheres, em primeiro lugar estão os acidentes de transporte, seguidos de homicídios e afogamento e submersão acidental. As causas de mortalidade materna figuram em quarto lugar entre as adolescentes, seguidas de suicídio. Entre as meninas de 5 a 9 anos de idade, se destacam a pneumonia e influenza e as neoplasias malignas do tecido linfático e hematopoético.

Na faixa de 20 a 59 anos o perfil da mortalidade é muito distinto entre homens e mulheres. Nestas, a doença cerebrovascular (11%) está em primeiro lugar, seguida de doença isquêmica do coração (7,7%), neoplasia maligna da mama (5,2%), diabetes

QUADRO 6. Taxas (por 100.000 habitantes), proporção e proporção acumulada (sobre causas definidas) das 10 principais causas de morte, segundo sexo, Área Andina, em torno de 2002.

Óbitos	Total			Homens			Mulheres		
	Posição	Taxa	% acumulado	Posição	Taxa	% acumulado	Posição	Taxa	% acumulado
Total	—	589,7	100,0	—	674,9	100,0	—	504,8	100,0
Causas mal definidas	—	—	5,8	—	—	5,2	—	—	6,5
Causas definidas	—	555,5	100,0	—	639,8	100,0	—	472,0	100,0
Doença isquêmica do coração	1	56,6	10,2	2	62,8	9,8	1	50,4	10,7
Agressões (homicídios)	2	47,6	8,6	1	87,3	13,6	—	—	—
Doença cerebrovascular	3	37,8	6,8	3	35,0	5,5	2	40,6	8,6
Pneumonia e influenza	4	27,8	5,0	5	28,9	4,5	3	26,7	5,7
Afecções originadas no período perinatal	5	23,9	4,3	6	27,1	4,2	5	20,7	4,4
Diabetes	6	23,0	4,1	8	20,1	3,1	4	25,9	5,5
Acidentes de transporte terrestre	7	19,8	3,6	4	30,6	4,8	—	—	—
Doença hipertensiva	8	18,4	3,3	10	17,4	2,7	6	19,5	4,1
Doenças crônicas das vias respiratórias inferiores	9	18,3	3,3	9	19,4	3,0	7	17,1	3,6
Insuficiência cardíaca	10	15,4	2,8	—	—	—	8	15,9	3,4
Eventos de intenção não determinada	—	—	—	7	20,2	3,2	—	—	—
Neoplasia maligna do útero	—	—	—	—	—	—	9	15,5	3,3
Doenças do sistema urinário	—	—	—	—	—	—	10	12,6	2,7

— Não figura entre as 10 principais causas.

Fonte: Base de dados de mortalidade, Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Vigilância Sanitária e Atendimento das Doenças, Unidade de Análise de Saúde e Estatísticas.

QUADRO 7. Taxas (por 100.000 habitantes), proporção e proporção acumulada (sobre causas definidas) das 10 principais causas de morte, segundo sexo, Brasil, em torno de 2002.

Óbitos	Total			Homens			Mulheres		
	Posição	Taxa	% acumulado	Posição	Taxa	% acumulado	Posição	Taxa	% acumulado
Total	—	729,1	100,0	—	851,7	100,0	—	609,4	100,0
Causas mal definidas	—	—	14,0	—	—	13,4	—	—	14,8
Causas definidas	—	627,0	100,0	—	737,6	100,0	—	519,2	100,0
Doença cerebrovascular	1	66,7	10,6	2	69,0	9,4	1	64,5	12,4
Doença isquêmica do coração	2	61,7	9,8	1	72,3	9,8	2	51,4	9,9
Agressões (homicídios)	3	30,8	4,9	3	57,3	7,8	—	—	—
Diabetes	4	27,6	4,4	10	23,5	3,2	3	31,6	6,1
Afeções originadas no período perinatal	5	27,0	4,3	6	31,2	4,2	5	22,8	4,4
Doenças crônicas das vias respiratórias inferiores	6	26,4	4,2	5	32,0	4,3	7	21,0	4,0
Insuficiência cardíaca	7	24,3	3,9	9	24,3	3,3	4	24,4	4,7
Pneumonia e influenza	8	23,9	3,8	8	25,3	3,4	6	22,5	4,3
Acidentes de transporte terrestre	9	19,9	3,2	4	32,7	4,4	—	—	—
Doença hipertensiva	10	19,0	3,0	—	—	—	8	20,0	3,9
Neoplasia maligna de mama	—	—	—	—	—	—	9	13,2	2,5
Neoplasia maligna útero	—	—	—	—	—	—	10	10,4	2,0
Cirrose e outras doenças do fígado	—	—	—	7	25,8	3,5	—	—	—

— Não figura entre as 10 principais causas.

Fonte: Base de dados de mortalidade, Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Vigilância Sanitária e Atendimento das Doenças, Unidade de Análise de Saúde e Estatísticas.

(4,8%) e neoplasia maligna do útero (4,1%). Entre os homens, a primeira causa são os homicídios (15,9%), seguidos de acidentes de transporte (8,4%), doença isquêmica do coração (8,1%), cirrose (6,3%) e doença cerebrovascular (6,1%).

A partir dos 60 anos, o perfil é o mesmo em ambos os sexos. A doença cerebrovascular é a primeira causa, com 14,5% das mortes, e a doença isquêmica do coração a segunda, com 12,9%. As doenças crônicas das vias respiratórias são a terceira causa em homens e a quinta em mulheres; a insuficiência cardíaca é a quarta em ambos os sexos e a diabetes é a quinta em homens e a terceira em mulheres.

Cone Sul

Esta é a única sub-região das Américas onde as causas externas não figuram entre as 10 principais causas de morte em todas as idades, nem em homens nem em mulheres. As quatro primeiras causas são as mesmas em ambos os sexos, mas não na mesma ordem. No sexo masculino aparecem a doença isquêmica do coração (8,8%), a doença cerebrovascular (8,1%) e a insuficiência cardíaca (7,6%). No sexo feminino figuram a insuficiência cardíaca (10,1%), a doença cerebrovascular (10%) e a doença isquêmica do coração (7,1%). A quarta causa em ambos os sexos é pneumonia e influenza, com 5,2% das mortes femininas e 4,4% das masculinas (quadro 8). A quinta causa em homens é neoplasia maligna do pulmão, traquéia e brônquios, seguida de diabetes e cirrose, enquanto no sexo feminino a quinta causa é neoplasia maligna da mama, seguida de diabetes e insuficiência respiratória.

Nos menores de 5 anos, as cinco primeiras causas são as mesmas em ambos os sexos, com taxas e proporções quase iguais: afecções originadas no período perinatal (44,5% das mortes totais dessa faixa etária), malformações congênitas (19,9%), pneumonia e influenza (6,4%), doenças infecciosas intestinais (3,6%) e septicemia (2,8%).

A faixa de 5 a 19 anos no Cone Sul tem, depois da América do Norte, as taxas de mortalidade mais baixas por todas as causas, tanto na faixa de 5 a 9 anos (0,31 por 1.000) como na de 10 a 19 (0,51). A principal causa em ambos os sexos são os acidentes de transporte (12,9% em homens e 10,6% em mulheres), para as duas faixas etárias. Entre as crianças de 5 a 9 anos têm relevância também as neoplasias malignas de tecido linfático e hematopoético, as malformações congênitas e o afogamento e a submersão acidental. Entre os adolescentes (10–19 anos) se destacam os homicídios (primeira causa masculina com 13,9% e quinta feminina com 3,9%), os suicídios (segunda causa feminina, 10,8%, e terceira masculina, 11,5%) e as neoplasias malignas de tecido linfático e hematopoético (terceira causa feminina, 6,6%, e sexta masculina, 4,4%).

Entre os homens de 20 a 59 anos, as principais causas de morte são a doença isquêmica do coração (7,7%), a doença cerebrovascular (6,7%) os acidentes de transporte (6,3%), a cirrose

(5,5%), os homicídios (5,3%) e os suicídios (5,3%). No sexo feminino as principais causas na mesma faixa etária são a neoplasia maligna da mama (8,9%), a doença cerebrovascular (8,7%), a neoplasia maligna do útero (6,6%), a doença isquêmica do coração (3,9%), a insuficiência cardíaca (3,6%) e a diabetes (3,2%).

O perfil da mortalidade na faixa de 60 anos ou mais é semelhante para ambos os sexos, sendo as doenças do sistema circulatório as três primeiras causas: insuficiência cardíaca, doença isquêmica do coração e doença cerebrovascular, que somam 30% de todas as mortes, seguidas de pneumonia e influenza, com 5,5% das mortes. Entre os homens, as causas seguintes de morte são neoplasia maligna do pulmão, traquéia e brônquios (4,4%) e diabetes (3,9%). Nas mulheres a quinta causa de morte é diabetes (4,4%), seguida de insuficiência respiratória (3,4%).

MORBIDADE

DOENÇAS PREVENÍVEIS POR VACINAÇÃO

A imunização é uma das intervenções disponíveis em saúde pública com maior custo-efetividade; ocupa um lugar preponderante dentro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde materna, e constitui um instrumento chave na promoção do desenvolvimento socioeconômico (5). Os países das Américas deram à imunização a mais alta prioridade em matéria de intervenções em saúde e se encontram na vanguarda da erradicação, eliminação e controle de doenças preveníveis por vacinação (DPV) (6). A Região das Américas foi a primeira a erradicar a varíola e a poliomielite, e a eliminar a transmissão endêmica do sarampo (5, 6). O anterior foi possível graças a terem sido atingidos e mantidos níveis elevados de coberturas de imunização no programa regular, estabelecendo uma vigilância de grande qualidade e realizando campanhas massivas de vacinação, este último a fim de reduzir rapidamente o considerável número de populações suscetíveis.

Entre as ferramentas mais importantes utilizadas na implementação de estratégias de erradicação, eliminação e controle das DPV, se encontram as seguintes: o manejo responsável dos programas nacionais de imunização; o desenvolvimento e a execução dos planos de ação anuais e multianuais; o microplanejamento municipal; o fomento da coordenação entre os aliados para a imunização através dos comitês nacionais de coordenação interinstitucional (CCI); a capacitação dos trabalhadores da saúde; a supervisão eficaz e a avaliação regular e contínua do programa. Outras medidas importantes são a estreita vigilância da cobertura de vacinação, assim como dos dados de vigilância (e sua validação) nas localidades, através dos monitoramentos rápidos de cobertura e a busca ativa de casos. O fato de obter o financiamento dos programas de imunização com os fundos governamentais ordinários e de estabelecer uma partida orçamentária destinada à imunização no orçamento nacional, assim como a legislação em matéria de vacinação, foram também elementos fun-

QUADRO 8. Taxas (por 100.000 habitantes), proporção e proporção acumulada (sobre causas definidas) das 10 principais causas de morte, segundo sexo, Cone Sul, em torno de 2002.

Óbitos	Total			Homens			Mulheres		
	Posição	Taxa	% acumulado	Posição	Taxa	% acumulado	Posição	Taxa	% acumulado
Total	—	757,5	100,0	—	826,0	100,0	—	691,3	100,0
Causas mal definidas	—	—	7,7	—	—	7,4	—	—	8,0
Causas definidas	—	699,2	100,0	—	764,9	100,0	—	636,0	100,0
Doença cerebrovascular	1	63,0	9,0	2	62,2	8,1	2	63,7	10,0
Insuficiência cardíaca	2	61,2	8,8	3	58,2	7,6	1	64,0	10,1
Doença isquêmica do coração	3	56,0	8,0	1	67,3	8,8	3	45,1	7,1
Pneumonia e influenza	4	33,3	4,8	4	33,4	4,4	4	33,2	5,2
Diabetes	5	25,3	3,6	6	25,1	3,3	5	25,5	4,0
Neoplasia maligna de pulmão, brônquios e traquéia	6	20,8	3,0	5	32,1	4,2	—	—	—
Doenças do sistema urinário	7	19,1	2,7	10	19,7	2,6	9	18,5	2,9
Insuficiência respiratória	8	18,6	2,7	—	—	—	8	18,5	2,9
Septicemia	9	18,5	2,6	6	—	—	7	18,7	2,9
Doenças crônicas das vias respiratórias inferiores	10	15,8	2,3	8	20,7	2,7	—	—	—
Neoplasia maligna de mama	—	—	—	—	—	—	6	24,5	3,9
Cirrose e outras doenças do fígado	—	—	—	7	22,3	2,9	—	—	—
Neoplasia maligna de próstata	—	—	—	9	20,5	2,7	—	—	—
Doença hipertensiva	—	—	—	—	—	—	10	16,8	2,6

— Não figura entre as 10 principais causas.

Fonte: Base de dados de mortalidade, Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Vigilância Sanitária e Atendimento das Doenças, Unidade de Análise de Saúde e Estatísticas.

damentais para conseguir a sustentação dos programas de imunização nas Américas (6). Por último, o Fundo Rotatório da OPAS (FR) para a aquisição de vacinas apoiou os programas nacionais de imunização dos países das Américas, garantindo um fornecimento ininterrupto de vacinas de qualidade a preços acessíveis e com crescente confiança dos fornecedores, mediante imediato pagamento e um melhor prognóstico da demanda (7).

Apesar destes grandes avanços na luta contra as DPV, ainda resta muito para assegurar o cumprimento da agenda inconclusa de imunização, manter os êxitos alcançados e enfrentar os novos desafios em um mundo interdependente e em constante mudança. Nesta seção são resumidos os principais êxitos em matéria de imunização nas Américas alcançados nos últimos anos, e são destacados os desafios que vislumbrados para o futuro.

Manutenção dos êxitos

De acordo com os princípios reitores orientados à redução das iniquidades, à consolidação da infra-estrutura em saúde pública, ao fomento de uma cultura da prevenção e ao fortalecimento do compromisso político, os programas de imunização nas Américas erradicaram, eliminaram e reduziram de maneira considerável a morbidade e a mortalidade associadas às DPV. Entre os produtos secundários destes êxitos são encontrados o fortalecimento da infra-estrutura em saúde pública, o fomento da coordenação intersetorial efetiva, a promoção da equidade e uma crescente consciência da prevenção, por parte da comunidade (8).

Proteção geral

A proteção geral em vacinação inclui a erradicação da poliomielite e o sarampo e a eliminação do tétano neonatal, assim como o controle da coqueluche, a difteria, o tétano, as doenças invasivas causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b e hepatite B.

Desde 2002, a cobertura de rotina para BCG,⁵ DTP-3,⁶ pólio 3⁷ e as vacinas anti-sarampo⁸ para crianças menores de 1 ano foi de mais de 90% na Região (figura 11). Como resultado desta alta cobertura, foi possível reduzir de maneira significativa a morbidade e a mortalidade associadas a doenças preveníveis por vacinação (figuras 12a, b, c e d).

Os países das Américas ampliaram a proteção geral infantil, adicionando outras vacinas às seis básicas do Programa Ampliado de Imunização (PAI) original. A partir de 2006 todos os países,

com exceção do Haiti, incluíram as vacinas contra o sarampo, a rubéola e a parotidite (SRP), *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) e a hepatite B. Além disso, em 31 países é aplicada uma vacina pentavalente, que é a combinação de DTP, Hib e Hepatite B.

Poliomielite

Já transcorreram mais de 20 anos desde que os Estados Membros da OPAS aprovaram de maneira unânime uma resolução para erradicar do hemisfério ocidental a transmissão do poliovírus selvagem (9). A partir do último caso de poliomielite causado pelo poliovírus selvagem no Peru, em 1991, os países das Américas permaneceram livres da circulação do poliovírus selvagem autóctone (10).

Pela perspectiva mundial, foram conseguidos avanços consideráveis na erradicação da poliomielite, de tal maneira que em 2005⁹ foram notificados somente 2.033 casos por poliovírus selvagem, e o número de países com poliomielite endêmica está atualmente no nível histórico mais baixo (11). Não obstante, os episódios recentes da propagação do poliovírus selvagem para aqueles países que haviam interrompido a transmissão na África e Ásia, expõem o risco constante de importação da poliomielite para as Américas (12). Além do referido risco, o surto do poliovírus derivado da vacina na República Dominicana e Haiti em 2000–2001 deu lugar a 21 casos (13), um surto similar nas Filipinas (14) e a circulação da poliomielite derivada da vacina nos Estados Unidos da América, em 2005, em uma comunidade religiosa que, em geral, recusa a vacinação (15); o anterior expõe o risco que implica a cobertura baixa da vacina antipoliomielítica oral nos países, municípios e comunidades, e o perigo que representa o fato de não detectar oportunamente a circulação do poliovírus. Por outro lado, a ausência de propagação do poliovírus derivado da vacina dos casos isolados, como aquele de uma criança imunodeficiente no Peru, em dezembro de 2003 (16), confirma que a cobertura alta impedirá a circulação do poliovírus.

No ano de 2006, todos os países da América Latina e Caribe continuaram vacinando contra a poliomielite e vigiando a paralisia flácida aguda de acordo com as normas internacionais. Como mencionado anteriormente, a cobertura com pólio 3 é de mais de 90% em nível regional, e a maioria dos países continua administrando a vacina oral quando são realizadas as atividades complementares de vacinação, como por exemplo, na Semana de Vacinação nas Américas. A taxa regional de paralisia flácida aguda continua sendo maior do que 1 por 100.000 menores de 15 anos de idade e a proporção de casos com amostras adequadas é mantida perto de 80%. Entretanto, estes êxitos não são uniformes e existem áreas em risco na maioria dos países.

A fim de reduzir ao mínimo o risco de reintrodução do poliovírus selvagem a partir dos laboratórios, os países da Região re-

⁵BCG: bacille Calmette-Guérin. É uma vacina contra as formas severas da tuberculose.

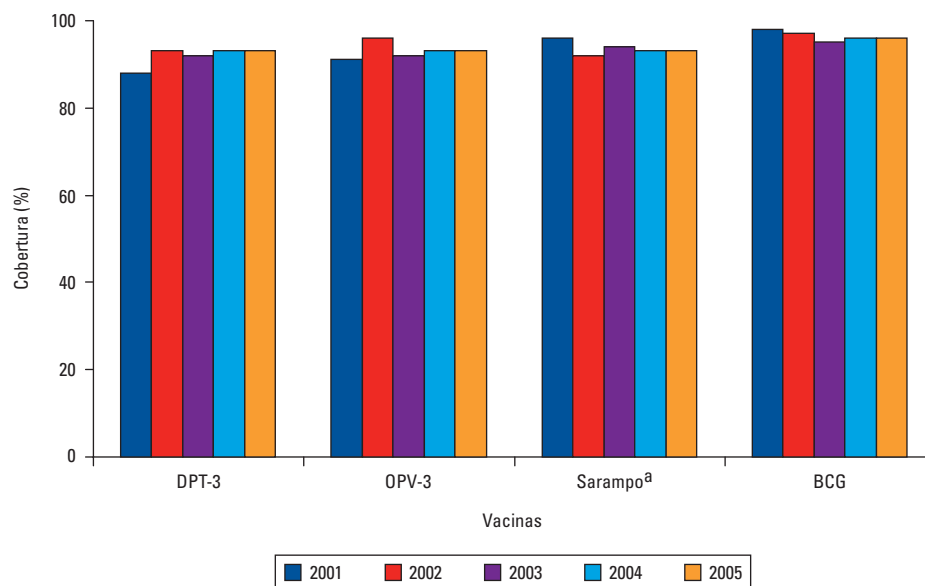
⁶DTP: vacina contra difteria, coqueluche e tétano; DTP-3: terceira dose de DTP, como DTP ou uma vacina combinada.

⁷Pólio-3: terceira dose da vacina contra a poliomielite (vacina oral ou vacina inativada).

⁸As vacinas anti-sarampo são aquelas contra o sarampo que podem ser sozinhas ou combinadas, em geral como vacina contra o sarampo, a parotidite e a rubéola (SPR).

⁹Informação até 22 de junho de 2007. Iniciativa Global para a Erradicação da Pólio, da OMS [http://www.who.int/immunization_monitoring/diseases/poliomyelitis/em/].

FIGURA 11. Cobertura de vacinação em crianças menores de 1 ano de idade, América Latina e Caribe, 2001–2005.



^aDados de crianças de 1 ano de idade, com exceção do Haiti.

Fonte: Relatórios dos países, Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Saúde Familiar e Comunitária, Unidade de Imunizações.

alizam um plano de contenção em laboratório de todas as estirpes de poliovírus. Espera-se que para o final de 2006 esteja terminada a fase I do plano de contenção, na qual será realizado o inventário de todos os laboratórios que manejam poliovírus, ou então material potencialmente infectado (17).

Sarampo

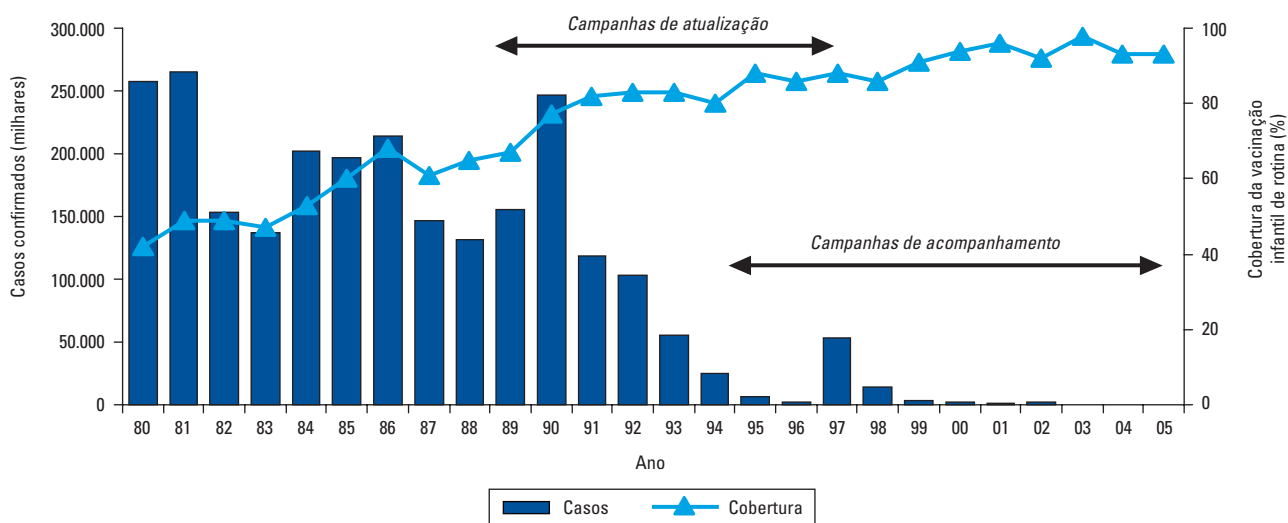
Em 1994, os países das Américas foram os primeiros, em todo o mundo, a comprometer-se a interromper a transmissão autóctone do sarampo (18). Nos anos noventa, o número anual de casos de sarampo diminuiu notavelmente, ao passar de cerca de 250.000 em 1990 para 2.109 em 1996 (ver a figura 12a). Entretanto, um surto considerável em São Paulo, em 1997, deu lugar a 52.284 casos confirmados e 61 mortes no Brasil, e se difundiu para os países vizinhos (19), o que tornou evidente a necessidade de pôr em execução, de maneira enérgica, a estratégia de eliminação que a OPAS desenvolverá para eliminar o sarampo (20).

A fim de alcançar e conservar os altos níveis de imunidade ao sarampo, a estratégia de eliminação adotada pelos países da América Latina e Caribe inclui um enfoque de vacinação em três níveis: uma campanha de atualização ou “colocação em dia”, realizada em uma única ocasião, para interromper a circulação do vírus; a vacinação de “manutenção” ou imunização de rotina para continuar evitando a circulação do vírus do sarampo; e as campanhas de vacinação “de acompanhamento” para as crianças em idade pré-escolar, destinadas a contra-arrestar o inevitável acúmulo de crianças suscetíveis ao sarampo. Além destes três com-

ponentes, provavelmente será necessário realizar ações intensivas especiais, conhecidas como vacinação “de varredura”, de tal maneira que seja garantida a vacinação contra o sarampo daquelas crianças que não foram imunizadas e que, além disso, residem em áreas de alto risco (21). Uma vez que seja implementada à cabalidade a estratégia de vacinação da OPAS, praticamente todas as crianças recebem uma dose da vacina anti-sarampo, e a maioria recebe mais de uma dose.

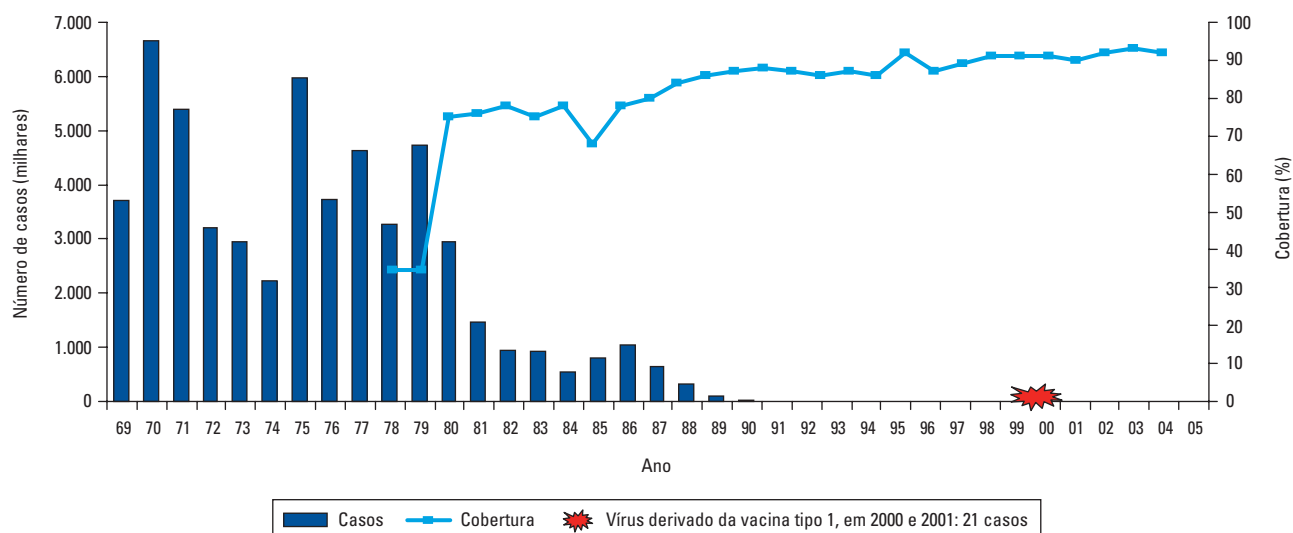
Os países latino-americanos e do Caribe realizaram as campanhas de atualização de 1989 a 1995, assim como as de manutenção a partir de 1994 (6,19). Ao anterior é somado o fato de que, desde 2001, em diversos países foram imunizados os adolescentes e os adultos com uma vacina combinada contra o sarampo e a rubéola (SR), no contexto das campanhas para a eliminação da rubéola. A cobertura de vacinação de rotina passou de 80% em 1994, para mais de 90% a partir de 1999; em 2005, notificaram os níveis mais baixos de cobertura de vacinação rotineira Haiti (59%), Venezuela (76%), Bolívia (89%) e Colômbia (89%).

Uma grande epidemia de sarampo que afetou a Venezuela entre setembro de 2001 e novembro de 2002 poderia ser considerada como o último caso de transmissão endêmica generalizada do vírus do sarampo nas Américas. Este surto foi originado a partir de uma importação da Europa e ocasionou 2.501 casos (109 em 2001 e 2.392 em 2002) notificados em 17 dos 27 estados do país (figura 13). Somente 18% dos casos confirmados haviam recebido uma vacina contra o sarampo (22). Este surto se propagou para a Colômbia, dando lugar a 140 casos confirmados entre

FIGURA 12a. Proteção geral: eliminação do sarampo, Região das Américas, 1980–2005.

Nota: 81 casos confirmados em 2005.

Fonte: Relatórios dos países, Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Saúde Familiar e Comunitária, Unidade de Imunizações.

FIGURA 12b. Proteção geral: erradicação da poliomielite, Região das Américas, 1969–2005.

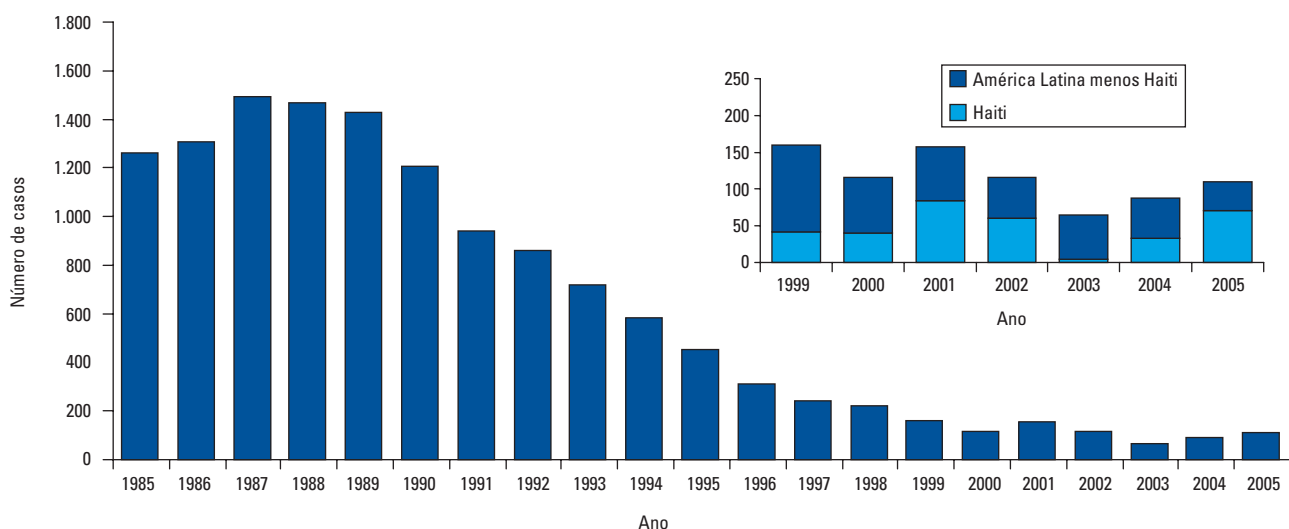
Fonte: Relatórios dos países, Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Saúde Familiar e Comunitária, Unidade de Imunizações.

janeiro e setembro de 2002 (23). O surto da Venezuela foi controlado graças às ações de vacinação massiva sustentadas no compromisso político.

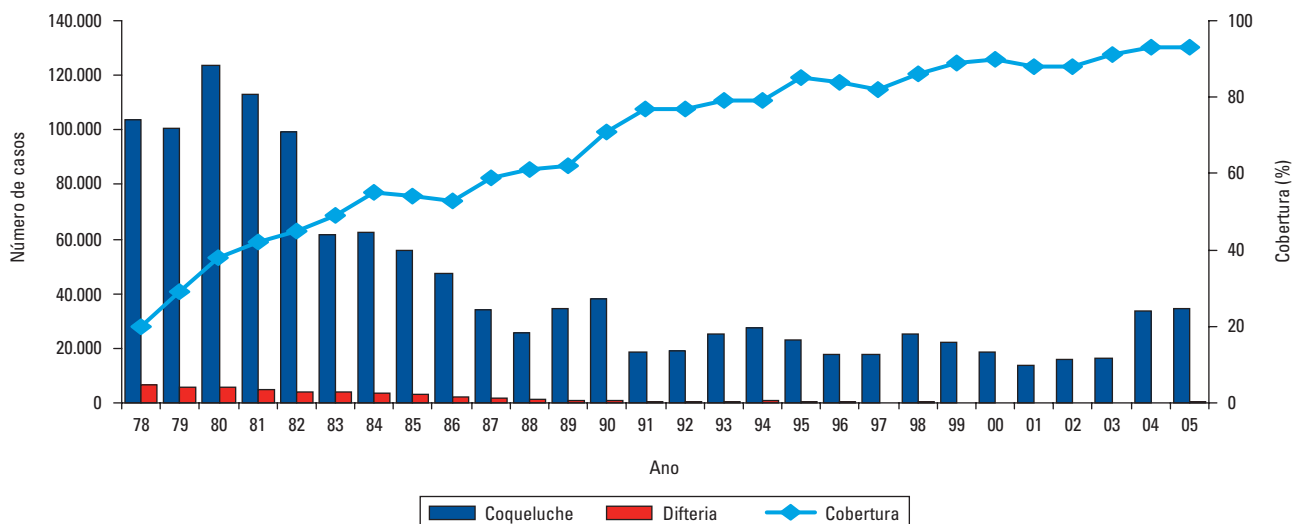
Desde 2003, apenas cerca de 100 casos foram notificados anualmente nas Américas (119 em 2003, 108 em 2004 e 85 em 2005) e a maioria pode ser vinculada positivamente às importações de outras regiões do mundo. No ano de 2006, nenhuma

outra região do orbe interrompeu a circulação endêmica do vírus do sarampo. Entre 2003 e 2006, foram notificados os seguintes surtos nas Américas (24):

- Em 2003–2004, o México notificou surtos que resultaram em 108 casos relacionados a um genótipo viral H1 autóctone do Distante Oriente e não das Américas.

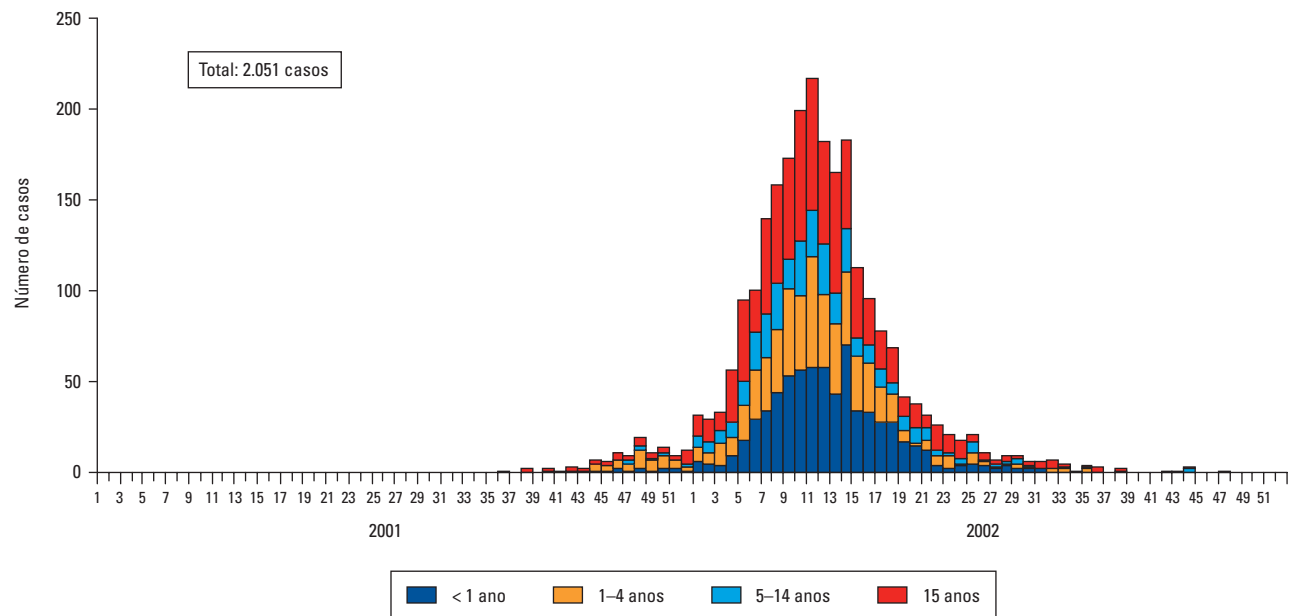
FIGURA 12c. Proteção geral: eliminação do tétano neonatal, Região das Américas, 1985–2005.

Fonte: Relatórios dos países, Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Saúde Familiar e Comunitária, Unidade de Imunizações.

FIGURA 12d. Proteção geral: difteria e coqueluche, Região das Américas, 1978–2005.

Fonte: Relatórios dos países, Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Saúde, Familiar e Comunitária, Unidade de Imunizações.

- Em 2005, o Brasil informou um surto de seis casos relacionados a um caso infectado importado do sul da Ásia, relacionado a um genótipo viral D5.
- De novembro de 2005 a fevereiro de 2006, Canadá, Estados Unidos e México notificaram casos relacionados a um genótipo viral B3, que é uma estirpe autóctone do centro e ocidente da África.
- De fevereiro a junho de 2006, a Venezuela notificou 81 casos, onde o paciente do caso primário havia viajado para a Espanha. O vírus isolado deste surto foi B3, o mesmo genótipo que circulava na Espanha.
- Em maio de 2006, os Estados Unidos informaram um surto de 18 casos em Boston, relacionados a um caso importando, provavelmente do sudoeste da Ásia.

FIGURA 13. Distribuição de casos confirmados de sarampo por faixa etária e semana, Venezuela, 2001–2002.

Fonte: Gráfico apresentado na XVI Reunião do Grupo Técnico Assessor sobre Doenças Preveníveis por Vacinação, celebrada na Cidade do México, em novembro de 2004.

- Em novembro de 2006, a Venezuela notificou outro surto que deu lugar a 12 casos, todos residentes no município Camaguán, no estado de Guarico. O genótipo do vírus isolado foi o B3.
- Por último, entre outubro e novembro de 2006, o estado brasileiro da Bahia apresentou um surto de 57 casos confirmados. Neste surto, o genótipo foi o D4, vinculado geneticamente ao sarampo que havia sido importado para o Canadá nesse mesmo ano. O D4 circula amplamente na Europa e África. A fonte deste surto não pôde ser identificada.

A epidemiologia molecular dos vírus circulantes do sarampo permitiu conhecer mais de perto a transmissão do vírus em todo o mundo. A transmissão do genótipo D6 do vírus do sarampo — que provocou amplos surtos na Argentina, Bolívia, Brasil, Haiti e República Dominicana no início de 1995 — foi interrompida em setembro de 2001. A posterior transmissão do genótipo D9 do vírus na Venezuela foi interrompida em novembro de 2002 (25). Todos os genótipos identificados dos surtos de sarampo que ocorreram desde 2003 resultaram ser não-autóctones das Américas (26).

A vigilância epidemiológica continua sendo fundamental para a eliminação do sarampo nas Américas. A estratégia de vigilância do sarampo recomendada pela OPAS, à qual se integrou totalmente a rubéola, inclui a notificação semanal de casos suspeitos, incluindo a notificação da não ocorrência de casos; a confirmação de laboratório de casos suspeitos, mediante sorologia ou isolamento do vírus; a busca ativa de casos nas áreas onde foram

notificados casos, assim como nos municípios silenciosos; a genotipificação de vírus do sarampo, e a classificação dos casos confirmados, segundo a fonte de infecção como importados, relacionados com importação, ou de origem desconhecida. Outrossim, é recomendável a busca ativa periódica de casos em instituições a fim de supervisionar a qualidade do sistema de vigilância. No tocante à detecção precoce dos casos importados, é necessário incluir no sistema de vigilância os estabelecimentos de saúde do setor privado que atendem a turistas e viajantes intercontinentais, tal como ficou demonstrado pelos surtos recentes a partir de importações.

A OPAS recomenda o uso de indicadores padronizados de vigilância do sarampo e rubéola para contar com um monitoramento transparente e uniforme dos dados de vigilância em todos os países (26). Desde 2001, os casos descartados devido aos resultados de laboratório negativos ascendem a 95%. A partir de 2002, na Região somam mais de 80% os locais que notificam semanalmente, assim como os casos com amostras adequadas; por outro lado, os resultados de laboratório emitidos em quatro dias chegaram a 80% em 2004. Não obstante, o envio oportuno das amostras ao laboratório, assim como o recebimento a tempo dos resultados são indicadores de que não foram cumpridos sistematicamente (média regional <80%).

Tétano neonatal

Dez anos depois de ter sido celebrada a Assembléia Mundial da Saúde, que convocou a obter para 1995 a eliminação mundial do tétano materno e neonatal, as medidas implantadas consegui-

ram eliminar o tétano neonatal (TNN) em 104 de 161 países em desenvolvimento (27). Nas Américas, com exceção do Haiti, foi obtida a eliminação do TNN como problema de saúde pública — definida como menos de 1 caso por 1.000 nascidos vivos em cada distrito ou município (17).

As estratégias recomendadas pela OPAS para eliminar o TNN incluem um enfoque por distritos de alto risco, assim como uma estratégia para investigar detalhadamente cada caso de TNN e imunizar todas as mulheres em idade fértil com, pelo menos, duas doses da vacina antitetânica. Cabe destacar que a OPAS recomenda a administração do toxóide tetânico e diftérico (Td), ao invés do toxóide tetânico somente, já que o Td permite manter a imunidade nos adultos contra a difteria e o tétano (28, 29). Nas Américas, a presença de um só caso de TNN é considerada como um fracasso dos serviços de saúde. Por conseguinte, cada caso deve ser avaliado minuciosamente para determinar como poderia ter sido evitado, a fim de prevenir novos casos (26).

Uma vez postas em prática as estratégias regionais durante a década de oitenta, o número de casos notificados de TNN nas Américas diminuiu em mais de 50% nos quatro primeiros anos e continuou baixando durante os anos noventa e em 2000; entre 1986 e 2005 foi registrada uma redução de 94%. Entretanto, ainda para o ano 2006 o Haiti notificou cerca de 50% do total de casos da Região e a incidência de TNN média no país duplica o limite de 1 caso por 1.000 nascidos vivos em 10 dos 12 departamentos e em um terço dos distritos. Por outro lado, os distritos onde a incidência está abaixo do limite em alguns casos poderiam ser distritos “silenciosos”. No Haiti, o TNN ocupa o sexto lugar entre as causas de óbito dos recém nascidos, com 4% do total desses óbitos.

Tétano (não neonatal)

Os casos de tétano foram reduzidos a partir do uso generalizado do toxóide tetânico, tanto nas crianças como nas mulheres em idade fértil, vinculado à prevenção do TNN. Não obstante, a doença continua aparecendo em populações não vacinadas e em risco de sofrer ferimentos, assim como nos locais onde há espores de *Clostridium tetani*, isto é, nas áreas rurais, pobres, dedicadas ao gado, cujos habitantes carecem de serviços de saúde adequados. Em 1980 foram notificados mais de 7.000 casos de tétano na Região, mas desde 2001 foram informados anualmente menos de 1.000 casos de tétano (não TNN) (479 em 2001; 387 em 2002; 881 em 2003; 825 em 2004 e 972 em 2005). A grande maioria foram sujeitos de 15 anos de idade ou mais e a razão homem:mulher foi de aproximadamente 4–5:1. Na medida em que as coortes de indivíduos vacinados cheguem à idade adulta e que os países apliquem dose de reforço contra o tétano, a incidência desta doença tenderá a diminuir.

Coqueluche

O número de casos de coqueluche notificado nas Américas foi reduzido extraordinariamente, graças ao uso generalizado de va-

cinas contra a coqueluche; assim, de mais de 120.000 casos notificados em 1980, foi reduzido para menos de 35.000 em 2005.

Na América Latina, os casos de coqueluche continuaram diminuindo nos últimos anos, ao passar de 9.421 em 1999, para o ponto mais baixo de 4.921 em 2003. Não obstante, em 2004 foram notificados 4.928 casos e 6.807 em 2005, além do fato de que continuam ocorrendo surtos e que alguns atraem consideravelmente a atenção da mídia (30). Nos últimos anos, mais de 70% de todos os casos de coqueluche notificados nas Américas procederam dos Estados Unidos, onde a incidência da doença aumentou gradualmente desde o início dos anos oitenta. Em 2004, foi notificado um total de 25.827 casos, a maior cifra desde 1959. Nesse país, os adolescentes (11–18 anos de idade) e os adultos (mais de 20 anos) foram as populações onde foi registrada uma crescente proporção de casos. Durante 2001–2003, a incidência anual de coqueluche em sujeitos de 10 a 19 anos de idade aumentou de 5,5 casos por 100.000 em 2001, para 6,7 em 2002 e 10,9 em 2003. Em 2004, aproximadamente 60% dos casos corresponderam a pessoas de 11 anos de idade ou mais. É provável que a melhor detecção e diagnóstico da doença em grupos de mais idade haja contribuído para este aumento na notificação de casos entre adolescentes e adultos (31). Esta mudança na idade na qual aparece a doença levou os Estados Unidos a recomendar a aplicação de um reforço da vacina contra a coqueluche nos adolescentes, utilizando uma vacina recentemente autorizada que contém doses menores de coqueluche acelular (32).

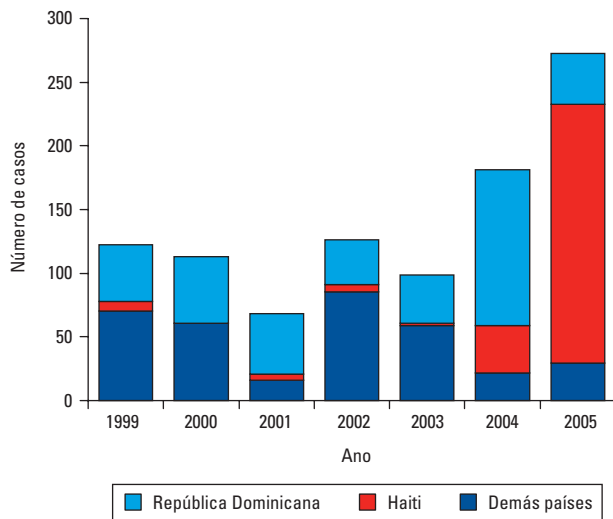
Não há informação por faixas etárias para toda a Região. Entretanto, uma análise do número de casos de coqueluche notificado em um grupo de países latino-americanos onde existe informação disponível (Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Paraguai e Peru), permitiu apreciar uma tendência à baixa na incidência de doenças nas crianças menores de 1 ano e nos adolescentes, entre 2000 e 2004.

Na América Latina e Caribe, os principais desafios no controle da coqueluche consistem na padronização das definições de vigilância, assim como na melhoria do diagnóstico de laboratório.

Difteria

Em 1978, antes da completa colocação em prática do PAI, foram notificados 6.857 casos de difteria nas Américas. Mais tarde, entre 1999 e 2003, foram reportados aproximadamente 100 casos anuais em toda a Região. Entretanto, em 2004 foram notificados 181 casos e em 2005 outros 272, devidos a um surto de difteria no Haiti e República Dominicana, onde os casos corresponderam a 88% do total nas Américas em 2004 e a 92% em 2005 (figura 14).

A partir de 2000, foram apresentados surtos nos seguintes países: Colômbia (2000), depois de uma diminuição sustentada na cobertura de DTP no final dos anos noventa, e de um importante processo de reorganização dos serviços de saúde (33); Paraguai (2002) relacionado a baixas coberturas de imunização e a atrasos na notificação de casos e na execução de medidas

FIGURA 14. Casos notificados de difteria, Região das Américas, 1999–2005.

Fonte: Relatórios dos países, Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Saúde Familiar e Comunitária, Unidade de Imunizações.

de controle (34) e, por último, Haiti e República Dominicana (2004–2005) onde foram afetadas, sobretudo, áreas com baixa cobertura. A taxa de letalidade deste último surto ascendeu a 47% no Haiti, no ano 2005 (35).

A vacinação constitui a principal estratégia para prevenir a difteria. Ao controlar os surtos, a prioridade reside em intensificar a vacinação mediante um enfoque combinado das ações de vacinação massiva dirigidas às zonas e às áreas afetadas que têm níveis de cobertura baixos, e no fortalecimento dos serviços rotineiros de administração de DTP aos menores de 1 ano e das doses de reforço, em forma de vacinas DT/Td, às crianças de mais idade e aos adultos. As melhoras no manejo dos casos, nas quais é incluída a administração precoce da antitoxina diftérica, também teria que ser considerada como uma prioridade nos países de alto risco (34).

Haemophilus influenzae tipo b

Haemophilus influenzae tipo b (Hib) é uma causa importante de meningite bacteriana, pneumonia e outras formas de doença invasiva nas crianças menores de 5 anos. Prévio à introdução da vacina, se estimava que ocorriam 20.000 casos de doença por Hib nos Estados Unidos (36) e que outros 20.000 casos de meningite por Hib surgiam anualmente nos países da América Latina e Caribe (37). As taxas de incidência anual de meningite por Hib notificadas em crianças menores de 5 anos iam de 12,8 por 100.000 crianças na República Dominicana, a 68,6 no Alasca, sem incluir os estudos em grupos de risco especial (38–40). Nas Américas, a maioria dos casos de meningite por Hib ocorria em crianças menores de 23 meses de idade, e 60% ou mais dos casos ocorria em

crianças de zero a 11 meses de idade (38). Estimou-se que, na Região, a taxa de mortalidade anual de meningite por Hib em crianças menores de 5 anos seria de 2 casos por 100.000 crianças (38). Entretanto, as taxas de letalidade e as seqüelas variam significativamente de um país para outro, ainda que as taxas mais baixas sejam apresentadas nos países industrializados.

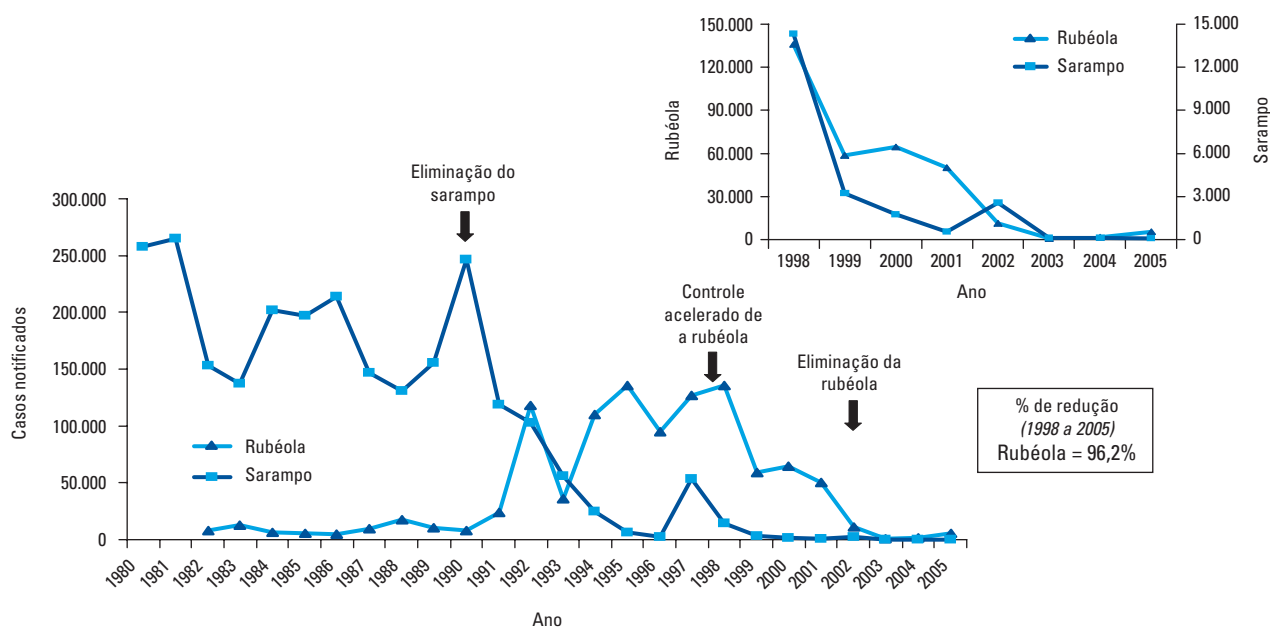
A partir de 1997, a OPAS recomendou a introdução de vacinas contra Hib em todos os países das Américas (41). Entretanto, a vacina contra Hib é consideravelmente mais cara que as vacinas tradicionais do PAI. Por esse motivo, a OPAS destacou a necessidade de levar em conta a sustentabilidade ao introduzir a vacina Hib nos esquemas nacionais de vacinação, ao mesmo tempo em que recomenda a aquisição desta vacina combinada com aquela para DTP ou DTP/HepB (como vacina pentavalente) por meio do Fundo Rotatório (41).

No ano de 2006, todos os países e territórios na Região (exceto Haiti) haviam incluído a vacina contra o Hib em seus esquemas de vacinação infantil; 36 utilizam combinações de vacinas (32 como pentavalentes). A cobertura de Hib-3 ascendeu a 90% em 2004 e 2005 em toda a Região. É manifesta a notável diminuição de casos devidos a Hib naqueles países da Região onde é realizada uma boa vigilância da doença. Calcula-se que teria ocorrido uma diminuição de 85% nos casos de meningite por Hib na América Latina e Caribe, a partir dos níveis de cobertura alcançados, a efetividade de 95% da vacina e os 20.000 casos estimados na era prévia à vacinação (42).

Hepatite B

A vacinação infantil universal de rotina contra a hepatite B constitui a principal estratégia para controlar esta doença, assim como suas graves conseqüências. Além da vacinação infantil, a OPAS recomenda a imunização sistemática de todos os trabalhadores da saúde (43). A decisão de adicionar uma dose no nascimento depende da prevalência de portadores na população geral — recomendada quando a soroprevalência do vírus da hepatite B excede 8% — e dos recursos do país (44). A endemicidade da infecção por este vírus nas Américas é de baixa a intermediária; as taxas mais altas de prevalência estão localizadas na bacia do Amazonas, com 8%, e as mais baixas na porção sul de América do Sul (45–49).

A introdução da vacina contra a hepatite B nos esquemas de vacinação infantil nas Américas foi progressiva e 26 países a incluíram entre 1997 e 2000 (44). Em 2006, todos os países das Américas, exceto Haiti, haviam adicionado a hepatite B em seu esquema de vacinação infantil e 13 países e territórios haviam incluído uma dose no nascimento. A partir de 2004, os níveis de cobertura para a terceira dose da vacina ascenderam a 90% na Região, e geralmente a mais de 80% em cada país. Não obstante, a cobertura total da hepatite B é inferior a aquela da terceira dose de DTP em países que não a aplicavam de maneira combinada. Atualmente não se dispõe de informação para avaliar o uso da vacina da hepatite B nos trabalhadores da saúde nas Américas.

FIGURA 15. Impacto das estratégias de eliminação da rubéola e do sarampo, Região das Américas, 1980–2005.

Fonte: Relatórios dos países, Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Saúde Familiar e Comunitária, Unidade de Imunizações.

Da vacinação infantil à da família

Nas Américas, a imunização está passando rapidamente a ser, de um programa infantil, a um familiar. A estratégia de eliminação da rubéola (que será abordada doravante) conduziu à vacinação de mais de 76 milhões de adolescentes e adultos, homens e mulheres, contra a rubéola e o sarampo. Nos últimos anos, os países aceleraram a introdução da vacina contra a influenza estacional nos esquemas regulares de vacinação para as populações adultas em risco. Por último, a recente outorga de licenças para vacinas seguras e eficazes contra o vírus do papiloma humano tornou evidente a urgência de determinar a carga que representa o câncer cérvico-uterino. Os muitos ensinamentos extraídos da vacinação de adultos nas Américas servirão de modelo para outras regiões do mundo, além de constituir a base para desenvolver estratégias de imunização contra o HIV, quando esta vacina estiver disponível (50).

Agenda inconclusa de imunização

Eliminação da rubéola e da síndrome de rubéola congênita

Em 2003, os países das Américas embarcaram na eliminação da rubéola e da síndrome de rubéola congênita (SRC) da Região no ano de 2010. O anterior foi definido como a bem-sucedida interrupção da transmissão endêmica da rubéola em todos os países, sem a ocorrência de casos de SRC associados à transmissão endêmica.

Esta iniciativa surgiu quando as tarefas de vigilância para a eliminação do sarampo puseram em clara evidência a importância da rubéola e da SRC como problemas de saúde pública no hemisfério ocidental (figura 15). Por outro lado, nos últimos anos da década de noventa, a maioria dos surtos de rubéola e os casos da SRC nos Estados Unidos ocorriam em sujeitos de origem hispânica (51). Com base nos dados epidemiológicos disponíveis, foi calculado que em anos não epidêmicos, anualmente nasciam na Região cerca de 20.000 crianças com a SRC (52). Ao anterior é somado o fato de que as análises econômicas na região do Caribe determinaram que o custo do atendimento por cada criança com SRC era de US\$ 50.000 a US\$ 63.900 ao longo da vida da criança (sem incluir os custos indiretos e sociais), e que as campanhas massivas eram sumamente benéficas e rentáveis em função dos custos (53). Considerando estes dados, assim como a considerável experiência na redução da rubéola em Cuba e nos países do Caribe de fala inglesa, mediante o progresso na vacinação anti-rubéola infantil e as campanhas de vacinação massiva dirigidas aos adultos, o Grupo Técnico Assessor sobre Doenças Preveníveis por Vacinação recomendou em 1997 acelerar o controle da rubéola (41). A Comunidade do Caribe (CARICOM), que inclui os países do Caribe de fala inglesa e o Suriname, transcendeu esta recomendação ao fixar uma meta para eliminar a rubéola e evitar a aparição de casos de SRC em seus Estados Membros para o ano 2000 (54).

As principais estratégias recomendadas para a eliminação da rubéola e da SRC nas Américas a partir do conhecimento adqui-

rido sobre a doença, a vacina e as experiências obtidas em matéria de controle da rubéola, são as seguintes (55):

- Introduzir a vacina contra a rubéola nos esquemas de vacinação de rotina e alcançar uma cobertura de vacinação de mais de 95% na população destinatária de cada município.
- Realizar, uma única vez, uma campanha de vacinação massiva de homens e mulheres em todos os países com transmissão endêmica, para reduzir significativamente o período que leva a interromper a circulação do vírus da rubéola e evitar rapidamente a aparição da SRC.
- Continuar empregando a vacina contra o sarampo e a rubéola nas campanhas de acompanhamento para eliminar o sarampo.
- Integrar a vigilância da rubéola ao sistema de vigilância epidemiológica aplicado na eliminação do sarampo.
- Implementar a vigilância da SRC.
- Fortalecer o diagnóstico de laboratório para a rubéola e a SRC, assim como o isolamento do vírus.

Em 2005, na Região das Américas cerca de 99% das novas coortes no nascimento tinham acesso à vacina SRP. Apenas o Haiti não incluiu ainda a vacina em seu esquema de vacinação. Em 2002, todos os países da Região haviam realizado as campanhas de acompanhamento para as crianças menores de 5 anos, aplicando a vacina contra o sarampo e a rubéola (SR) com uma cobertura superior a 90%. De maneira previa à resolução para a eliminação regional, o Chile em 1999 e o Brasil em 2001–2002 realizaram campanhas massivas contra a rubéola, dirigidas exclusivamente às mulheres, a fim de prevenir a SRC. Por outro lado, a partir do ano de 1998 e até dezembro de 2005, os países do Caribe de fala inglesa, Colômbia, Costa Rica, Honduras, El Salvador, Equador, Nicarágua e Paraguai realizaram campanhas de vacinação dirigidas a homens e mulheres adultos; na maioria dos casos foram atingidos níveis de cobertura superiores a 95%. A Venezuela empreendeu a primeira etapa de sua campanha em junho de 2005, vacinando indivíduos menores de 17 anos de idade. Países como Canadá, Cuba, Estados Unidos, Panamá e Uruguai, incluíram a vacina contra a rubéola em seus esquemas de vacinação infantil e obtiveram elevados níveis de cobertura durante vários anos. Nos Estados Unidos, foi declarada eliminada a transmissão do vírus da rubéola endêmica (56). A fim de obter a meta de eliminação regional, os demais países se propunham a realizar as campanhas de vacinação entre 2006 e 2008.

Todos os países integraram a vigilância de rubéola e de sarampo. Entretanto, ainda é necessário o fortalecimento desta vigilância integrada. Desde 2005, alguns países continuaram notificando casos de rubéola que não estiveram incluídos no sistema de vigilância do sarampo e a rubéola e que, por conseguinte, não foram investigados apropriadamente.

Desde a introdução da vacina contra a rubéola e das campanhas de imunização, a incidência de rubéola diminuiu em 96% — de 135.000 casos notificados em 1998, para 5.296 em 2005 (57).

Em 2005, 88% do total de casos de rubéola notificados na Região procediam de países onde não haviam sido implementadas ainda as campanhas. Em nenhum país foram notificados casos depois da realização de campanhas massivas de vacinação dirigidas a homens e mulheres adultos. Os surtos de rubéola que ocorreram no Canadá e Chile em homens em instituições em 2005, assim como a transmissão contínua da rubéola e a aparição de casos de SRC no Brasil, destacam a necessidade de incluir os homens nas estratégias de vacinação para interromper a transmissão do vírus da rubéola nas Américas.

A proporção de países e territórios das Américas que realizam vigilância da SRC aumentou de 13% (18 países) em 1998, para 100% desde 2003. Em 2005, os países começaram a notificar semanalmente casos suspeitos de SRC. Notificaram-se 79 casos de SRC entre 2001 e 2003; 27 em 2004 e 20 em 2005. Não obstante, a vigilância da SRC ainda não é completa; dos 1.952 casos suspeitos notificados em 2005, 99% foram provenientes apenas de seis países: Brasil, Chile, Colômbia, El Salvador, Honduras e Peru. Além da vigilância, Argentina, Brasil, Costa Rica, El Salvador, Peru e a República Dominicana realizaram estudos retrospectivos em hospitais infantis e de obstetria, assim como em escolas para surdos e cegos e na comunidade, para identificar as crianças. Isto permitiu detectar muito mais casos prováveis ou confirmados de SRC entre os menores de 1 ano. Sem dúvida, os ensinamentos extraídos dos processos de vigilância da SRC nas Américas ajudarão a definir boas práticas de saúde pública para estabelecer a vigilância da SRC e detectar casos suspeitos nos serviços de atendimento primário de saúde, ao mesmo tempo em que envolve os especialistas (58).

Um aspecto que merece maior atendimento na Região é a detecção e o isolamento do vírus da rubéola nos casos notificados com esta doença, assim como com SRC. O isolamento do vírus e a tipificação molecular são fundamentais para determinar a fonte de infecção, assim como as variações do vírus da rubéola. Os estudos filogenéticos dos vírus da rubéola assinalam a existência de dois cladados e sete genótipos. Nas Américas, foi identificado como endêmico o vírus da rubéola 1C; por outro lado, não foi encontrado o clado 2 em circulação na Região (59).

A aplicação da estratégia de eliminação da rubéola ajuda a consolidar a eliminação do sarampo na Região, contribui enormemente para a redução das iniquidades nos resultados em saúde materna, fortalece o compromisso político em relação aos serviços de vacinação, e promove a cultura da prevenção (50, 60). A vigilância da SRC pode reforçar a capacidade de diagnóstico dos serviços de saúde a fim de detectar e tratar rapidamente as deficiências infantis. Além da prevenção da SRC, é possível melhorar ainda mais o atendimento da saúde das mulheres mediante o fortalecimento dos serviços de saúde para os adultos, a capacitação do pessoal, as melhoras na vigilância epidemiológica, a descentralização da tomada de decisões, o impulso à gestão dos programas, uma maior tomada de consciência em matéria de saúde, e a participação comunitária, tudo o que resulta da colocação em prática da estratégia (17, 50, 60).

Alcançar os não atendidos

A proteção geral da imunização ainda não inclui todas as crianças e mulheres vulneráveis da Região. Apesar das coberturas nacionais serem altas, existe muita disparidade entre os municípios de cada país, o que reflete grandes iniquidades. Em 2005, na América Latina e Caribe, 39% dos mais de 15.000 municípios ou distritos ainda não haviam atingido a meta regional de 95% de cobertura de DTP-3 (61, 62). Inclusive, na América Latina e Caribe quase 1 de cada 3 crianças reside em um distrito onde a cobertura de DTP-3 não chega a 80% (63). O cumprimento da agenda inconclusa de imunização implica que tanto essas crianças como suas famílias, hoje não atendidas, tenham um acesso equitativo aos benefícios da imunização. É essencial a identificação dos municípios que estão em risco para transformá-los em alvo das intervenções focalizadas.

Semana de Vacinação nas Américas

A Semana de Vacinação nas Américas (SVA) representa uma iniciativa regional que busca alcançar os não atendidos, fortalecer o programa rotineiro de imunização e fomentar o compromisso político em relação à vacinação. Esta iniciativa foi proposta originalmente pelos ministros de saúde da Área Andina, e logo respaldada pelo Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (64). A SVA está baseada nos princípios de equidade, acesso e pan-americanismo. Esta iniciativa continental anual, que é comemorada no mês de abril, permite aos países atender os grupos de população de alto risco, assim como as áreas não cobertas, além de obter o apoio político para realizar a eliminação e o controle das doenças, ao mesmo tempo em que é promovida a coordenação tanto regional como no interior das fronteiras.

Em 2003, 19 países e territórios participaram na SVA e mais de 16 milhões de pessoas foram vacinadas. O número de países e territórios participantes aumentou para 35 em 2004, e para 36 em 2005. O total de sujeitos vacinados durante a SVA ascendeu a 43,7 milhões em 2004. Em 2005, cinco países informaram ter vacinado mais de 48.000 crianças de 1 a 4 anos de idade que nunca antes haviam recebido uma dose de DTP ou de vacina pentavalente. Colômbia, Guatemala, Honduras, México e Panamá notificaram a vacinação de mais de 539.000 mulheres em idade fértil que não haviam recebido uma dose prévia de Td (17).

Além de imunizar as populações vulneráveis, os países aproveitaram a SVA para introduzir novas vacinas; realizar campanhas contra a rubéola e o sarampo; lançar campanhas de sensibilização em matéria de vacinas entre os trabalhadores da saúde e na comunidade, e realizar outras intervenções de saúde como a administração de suplementos de vitamina A, os medicamentos antiparasitários, a terapia de re-hidratação oral, a revisão ocular e a educação em saúde. O compromisso político das autoridades nacionais em relação à imunização ficou demonstrado mediante os 30 lançamentos da SVA e a participação de cinco presidentes, quatro primeiras-damas, ministros da saúde, autoridades locais e representantes de organismos internacionais e outros interessados na saúde pública e na imunização.

A partir do exemplo dos países das Américas, e mediante a aplicação dos ensinamentos extraídos, o Escritório Regional da Europa da OMS lançou sua Primeira Semana Anual Européia de Vacinação, em outubro de 2005.

Febre amarela

Esta doença continua sendo um sério problema de saúde pública em várias zonas tropicais das Américas. Ainda que a vacina 17D contra a febre amarela, considerada como segura e eficaz, esteja disponível desde os anos trinta, ainda não foi possível controlar de maneira adequada a doença. Os casos ocasionais de febre amarela selvática, a aparição dos surtos e a proliferação do *Aedes aegypti* no hemisfério, constituem a evidência do risco contínuo que implica a reurbanização da doença.

A região onde são observados casos de febre amarela selvática é limitada à América do Sul na Bolívia, à região oriental-central do Brasil, Colômbia, Equador, Guiana Francesa, Guiana, Peru, Suriname e Venezuela, e no Caribe, Trinidad e Tobago. O Panamá tem zonas de enzooticidade, mas não notificou casos em vários decênios. Não foi informado nenhum caso urbano de febre amarela desde 1942.

A epidemiologia da infecção por febre amarela tem características cíclicas; desde 1994 foram registrados três grandes picos epidêmicos. O número mais alto de casos ocorreu em 1995, devido a um grande surto na parte ocidental da região andina do Peru. De 2001 a 2005 foram notificados 662 casos e 315 óbitos, o que significa uma redução de quase a metade em comparação com o período 1995–2000. Em 2003 foi produzido um aumento da incidência de febre amarela devido a surtos na Colômbia (112 casos), Brasil (64 casos), Venezuela (34 casos) e Peru (26 casos). Entre 2004 e 2005 foram reportados surtos limitados e casos isolados. Os casos continuam ocorrendo, sobretudo entre os adultos jovens de 15 a 40 anos, em particular nos homens. Outrossim, os sujeitos que migram para as zonas de enzooticidade representam um grupo vulnerável.

Os planos de ação nacionais incluíram a vacinação de todos os residentes nas zonas de enzooticidade, assim como daqueles que migram para essas áreas; o fortalecimento da vigilância das síndromes febris ictéricas, a vigilância epizootica (surgimento da doença ou morte em macacos em áreas selváticas), e a rápida resposta diante dos surtos. Ademais, Bolívia, Colômbia, Guiana Francesa, Guiana, Peru, Trinidad e Tobago e Venezuela, 7 dos 11 países e territórios com zonas de enzooticidade introduziram a vacina antiamarilica para todas as crianças de 1 ano de idade, em nível nacional. As taxas de cobertura são equiparáveis às obtidas para a vacina SRP em seis desses sete países.

Novos desafios em imunização

É fundamental utilizar o potencial total que tem a imunização para cumprir as metas globais de redução de mortalidade e de desenvolvimento. A Visão e Estratégia Mundial de Imunização (VEMI) que desenvolveram a OMS e o Fundo das Nações Unidas

para a Infância (UNICEF) estabelece, para 2015, uma redução em dois terços da mortalidade por doenças preveníveis por vacinação, em comparação com os níveis de 2000. A VEMI constitui uma política mundial de grande importância destinada a “proteger a mais pessoas de mais doenças, ao estender o escopo da imunização a cada pessoa elegível, incluindo aquelas que se encontram nas faixas etárias que transcendem a infância” (65). Além de melhorar os níveis de cobertura de vacinação, em particular nos distritos com baixa cobertura, é necessário integrar outras intervenções em saúde pública, já testadas, às estratégias de imunização; outrossim, as vacinas, tanto novas como subutilizadas, contra as doenças prioritárias deverão ser introduzidas nos programas rotineiros de imunização. Alguns exemplos de integração da imunização com outras intervenções de saúde pública são a administração de anti-helmínticos e de suplementos de vitamina A durante a SVA; a integração da vigilância da SRC a programas perinatais e infantis; a colocação em prática da vigilância do rotavírus no contexto da vigilância da diarreia infantil e as estratégias de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI); a vigilância do pneumococo no contexto de outras doenças bacterianas invasivas nas crianças e de AIDPI; e as iniciativas de vacinação contra o vírus do papiloma humano integradas ao rastreamento secundário, os programas de saúde dos adolescentes e a vigilância do câncer.

Novas vacinas e vacinas subutilizadas

Diversas vacinas novas contra doenças sérias já estão disponíveis ou em desenvolvimento e a decisão de introduzi-las requer, mais do que nunca, o apoio da evidência local. Outrossim, estas vacinas de nova geração são muito mais caras que as vacinas tradicionais, o que dá lugar a novos desafios programáticos para sustentar os programas de imunização.

As experiências anteriores com a introdução de vacinas como a SRP, o Hib e a pentavalente nos países das Américas, deixaram claro que é necessário considerar vários fatores antes de sua introdução, a saber: a carga da doença, a definição dos grupos de risco, os estudos de custo-efetividade, a disponibilidade da vacina, os possíveis eventos adversos atribuíveis à nova vacina, o impacto da vacina no orçamento nacional e na infra-estrutura da cadeia de frio, os efeitos no esquema de vacinação nacional, o conhecimento sobre quão adequada é a vigilância, o compromisso político, as prioridades de saúde que concorrem com a vacina, os custos de oportunidade e a sustentabilidade financeira (7, 26). Outrossim, cabe mencionar que o fortalecimento das autoridades reguladoras nacionais para a avaliação de novas vacinas ainda não autorizadas no país onde são produzidas e a melhoria da vigilância de eventos adversos posteriores à comercialização, constituem outras áreas onde é necessário continuar trabalhando na América Latina e Caribe.

Ao levar em conta os fatores antes mencionados que devem ser considerados na introdução das vacinas, a análise das novas vacinas em desenvolvimento, assim como das subutilizadas que

já estão disponíveis, se conclui que as vacinas contra a influenza, o rotavírus, o pneumococo e o vírus do papiloma humano devem ser consideradas como prioritárias na Região das Américas.

Influenza

Trata-se de uma doença viral que ataca milhões de pessoas em todo o mundo e cujas complicações mortais afetam cerca de um milhão de indivíduos a cada ano (66). Ainda que a carga que esta doença representa na América Latina e Caribe não tenha sido bem estabelecida, estudos realizados em alguns países sugerem que a influenza estacional é uma causa importante de morbidade e de mortalidade associadas a infecções respiratórias, em particular nos idosos e nas crianças pequenas (67, 68). Muitos destes casos e mortes poderiam ser evitados mediante a aplicação de vacinas seguras e sumamente eficazes. Considerou-se que a vacina contra a influenza estacional é, provavelmente, a mais subutilizada na Região (17).

A partir de 2000, os países da Região fizeram grandes progressos ao aumentar a cobertura da vacinação contra a influenza na população de 60 anos ou mais, os indivíduos cronicamente doentes, aqueles imunocomprometidos, os profissionais da saúde e as mulheres grávidas. De 39 países e territórios latino-americanos e do Caribe que responderam a uma pesquisa dirigida aos administradores dos programas nacionais de imunização, e cujo objetivo era conhecer o status que tinha a vacinação contra a influenza na Região no final de 2005, 19 notificaram contar com políticas públicas para a imunização contra a influenza (Anguila, Antilhas Holandesas, Argentina, Bahamas, Bermuda, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guiana Francesa, Honduras, Ilhas Caimã, Ilhas Virgens Britânicas, México, Panamá, Paraguai e Uruguai). Destes 19 países, 84% administram a vacina aos trabalhadores da saúde e 16% o fazem com aqueles indivíduos que estão em contato com aves. Em grande parte dos demais países, a vacina só está disponível através do setor privado. A imunização rotineira das crianças menores de 23 meses de idade foi estabelecida em oito dos países mencionados: Bahamas, Bermuda, Colômbia, El Salvador, Ilhas Caimã, México, Panamá e Uruguai. Outrossim, Chile, Costa Rica e Honduras aplicam a vacina nas crianças menores de 5 anos que apresentam condições de alto risco. Desde a década de setenta, os Estados Unidos administram a vacina contra a influenza e em 2006 ampliaram a recomendação a fim de incluir todas as crianças menores de 5 anos de idade (69). O anterior significa um grande progresso em comparação com o que ocorria em 2001, quando somente nove nações latino-americanas e caribenhas notificavam ter incluído a vacina contra a influenza em seu esquema rotineiro. Deve-se colocar em prática, ou então fortalecer, a vigilância epidemiológica da influenza. Apesar de 84% notificarem ter um sistema de vigilância rotineiro para esta doença, os países ou territórios pesquisados carecem de informação consistente ou completa a respeito dos padrões de circulação viral. Os dados de vigilância são essenciais para determinar a carga da do-

ença e a relação de custo-efetividade ao introduzir a vacinação antigripal, e para decidir qual é a melhor estratégia de vacinação, em particular nas zonas tropicais. Outrossim, é necessário gerar dados de cobertura de vacinação em todos os grupos alvo, a fim de avaliar a efetividade e o impacto do programa.

Existe uma limitada capacidade mundial de produção da vacina contra a influenza e os países tiveram que encarar a escassez da vacina, sobretudo da produzida no hemisfério norte. As alianças estratégicas com fabricantes e a transferência da tecnologia para países latino-americanos tais como Argentina, Brasil e México, serão fundamentais para garantir o fornecimento de vacinas. Por outro lado, a demanda a que dá lugar a vacina contra a influenza estacional pode aumentar a probabilidade de contar com o fornecimento de uma vacina contra a pandemia para os países da Região.

Rotavírus

Constitui uma das causas mais comuns de diarreia severa em todo o mundo. É responsável por cerca de 40% das hospitalizações por diarreia nas crianças menores de 5 anos e de mais de 600.000 óbitos estimados por ano. Ainda que o rotavírus ataque crianças tanto dos países industrializados como daqueles em desenvolvimento, 82% de todas as mortes devidas a rotavírus ocorrem nos países em vias de desenvolvimento (70). As estimativas da carga da doença assinalam que a diarreia por rotavírus constitui um importante problema de saúde pública em uma grande quantidade de países da Região das Américas, onde são calculadas mais de 15.000 mortes e 75.000 hospitalizações a cada ano (70).

Em 2006 ingressaram no mercado duas vacinas contra o rotavírus. Os resultados dos testes clínicos indicam que ambas são seguras e eficazes na prevenção da diarreia severa por rotavírus (71). Nenhuma estava associada a um maior risco de invaginação intestinal, doença que obrigou a retirar do mercado, em 1999, uma vacina anti-rotavírus tetravalente baseada em vírus de Rhesus (71–73).

Em julho de 2004, os representantes dos ministérios da saúde dos países da Região solicitaram à OPAS e ao Fundo Rotatório da OPAS, que se fornecesse a introdução das vacinas contra o rotavírus a preços acessíveis para todos os países e logo que estivesse disponível uma vacina (74). Fizeram-se grandes progressos ao implementar a vigilância hospitalar na Região, previamente à introdução de vacinas. Até julho de 2006, 10 países — Bolívia, El Salvador, Guatemala, Guiana, Honduras, Paraguai, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago e Venezuela — haviam colocado em prática a vigilância recorrendo a definições de casos e protocolos padronizados e notificando sistematicamente à OPAS. Dos casos suspeitos quase 40% foram positivos ao rotavírus em 2005, e 52% o foram em 2006 (dados preliminares até maio de 2006) (quadro 9). O caráter estacional da infecção rotavírica se tornou evidente na maioria dos países, com pontos máximos de incidência durante os meses de inverno. O genótipo

predominante na Região é o P[8]. Pelo jeito, está emergindo o sorotipo G9 e a frequência similar dos sorotipos G3 e G9 indicaria que o G9 está substituindo o G3 (75–78). Estes resultados reafirmam a importância da vigilância contínua das estirpes na Região, já que pode fornecer informação importante para o ajuste na composição de vacinas de futura geração.

No primeiro semestre de 2006, Brasil, Panamá, Venezuela e as áreas prioritárias do México começaram a administrar a vacina anti-rotavírus nas crianças de 2 e 4 meses de idade. Por seu lado, os Estados Unidos reintroduziram sua recomendação para a administração rotineira da vacina anti-rotavírus em seu esquema de vacinação infantil em 2006 (62).

Pneumococo

No mundo inteiro, a pneumonia é a principal causa de morte nas crianças, superando o HIV, a tuberculose ou a malária (79, 80). *Streptococcus pneumoniae*, ou pneumococo, causa 1,6 milhões de óbitos, dos quais 800.000 correspondem a crianças (81). As taxas da doença invasiva são mais elevadas nas crianças menores de 2 anos de idade, mas a doença ocorre também em outras faixas etárias e, em particular, entre os idosos. Nos países industrializados, a taxa de mortalidade mais alta por esta doença recai nas pessoas de idade avançada.

Os dados obtidos do Sistema Regional de Vacinas (SIREVA) —uma rede regional de vigilância do pneumococo criada em 1993—, indicam que os sorotipos circulantes nas Américas não mudaram significativamente entre 1993–1999 e 2000–2003 nos seis países participantes. O sorotipo 14 foi o que mais frequentemente se isolou na maioria dos países (80).

Desde o ano 2000 existe uma vacina conjugada 7-valente para prevenir a infecção por pneumococo nos lactantes. Em 2005, esta vacina era empregada sistematicamente apenas em Bermuda, Canadá e os Estados Unidos; Chile e Panamá a introduziram para as crianças com transtornos imunológicos e outras doenças crônicas. Atualmente são avaliadas vacinas 9-valente e 11-valente e é esperado que estejam disponíveis em um futuro próximo. Com base na informação proporcionada por SIREVA, 59% dos sorotipos circulantes na América Latina seriam cobertos pela vacina 7-valente, 71% pela 9-valente e 77% pela 11-valente (80).

Em preparação à introdução das vacinas contra o pneumococo, a OPAS colabora com os países para ampliar a vigilância das doenças bacterianas invasivas e para realizar na Região estudos epidemiológicos com base populacional (80). Além dos estudos epidemiológicos, os países se preparam a avaliar as implicações econômicas da introdução desta vacina. O preço (US\$ 53 por dose, mediante o Fundo Rotatório em 2006) foi o principal fator limitante para a introdução da vacina contra esta séria doença.

Vírus do papiloma humano

O câncer cervico-uterino continua sendo um considerável problema de saúde pública na América Latina e Caribe, apesar da

QUADRO 9. Dados e indicadores de vigilância sentinela do rotavírus em hospitais por país, Região das Américas, 2005.

Indicadores	Bolívia		CAREC(a)		El Salvador		Guatemala		Honduras		Paraguai		Venezuela(b)		TOTAL
	Nov-Dez	1.826,0	Jan-Dez	388	Jan-Dez	15.275	Jan-Dez	18.568	Jan-Dez	37.127	Jan-Dez	2.281	Jan-Dez	1.279		76.744
Total de hospitalizações em menores de 5 anos															
Número de hospitalizações por diarreia em menores de 5 anos		326,0		214		3.105		2.502		2.420		326		200	9.093
% de hospitalizações por diarreia		17,9		55,2		20,3		13,5		6,5		14,3		15,6	11,9
Número de menores de 5 anos que cumprem a definição de caso		180,0		150		1.109		1.391		1.133		223		598	4.784
% de casos suspeitos de rotavírus		55,2		70,1		35,7		55,6		46,8		68,4		...	52,6
Número de crianças captadas com ficha e amostra de fezes		173,0		46		388		1.035		587		196		598	3.023
% de casos suspeitos com fichas e amostras de fezes		96,1		30,7		35,0		74,4		51,8		87,9		100,0	63,2
Número de casos captados com resultado positivo para rotavírus		31,0		14		106		616		78		106		254	1.205
% de casos confirmados de rotavírus		17,9		30,4		27,3		59,5		13,3		54,1		42,5	39,9

^aOs quatro países que notificaram dados de rotavírus ao Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) são Guiana, São Vicente e Granadinas, Suriname e Trinidad e Tobago.

^bNão estão incluídos os dados totais de hospitalização por diarreia de três hospitais.

Fonte: Reportações dos países à base de dados de rotavírus, Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Saúde Familiar e Comunitária, Unidade de Imunizações.

disponibilidade e aplicação, há muito tempo, da prevenção secundária por meio do exame de Papanicolau, que é a citologia de esfregaço vaginal. A cada ano são apresentados 86.532 novos casos de câncer cérvico-uterino e ocorrem 38.435 óbitos entre as mulheres da Região. Assim, América Latina e Caribe notificam anualmente 71.862 casos e 32.639 óbitos (82). Além destes casos de câncer invasivo, as mulheres com lesões pré-cancerosas do colo uterino, tanto de baixo como de alto grau (displasias e carcinoma *in situ*), também contribuem para a carga da doença, assim como para os elevados custos associados à detecção, o diagnóstico e o tratamento desta doença.

Foram desenvolvidas duas vacinas profiláticas recombinantes contra o vírus do papiloma humano (VPH), uma bivalente e a outra tetravalente, com os tipos de partículas semelhantes a vírus 16 e 18, e 16, 18, 6 e 11, respectivamente. Ambas as vacinas tiveram excelentes resultados quanto a sua imunogenicidade, segurança e eficácia para prevenir infecções novas e persistentes pelo VPH, assim como as lesões precursoras de câncer cervical (neoplasia intraepitelial cervical) (83–85). A vacina tetravalente também foi eficaz contra as verrugas genitais (*condyloma acuminata*) e contra as neoplasias intraepiteliais vulvares e vaginais (86). Em 2006 foi autorizado o uso da vacina tetravalente em mulheres de 9 a 26 anos de idade, no país onde é produzida a vacina.

A vacinação contra o VPH complementa as ações secundárias de prevenção do câncer cérvico-uterino. A OPAS promove e apóia a realização de estudos sobre o impacto econômico e a relação custo-efetividade das vacinas contra o câncer cérvico-uterino e o VPH, a fim de que os países contem com informação de qualidade para a tomada de decisões racional em relação à factibilidade e sustentação da introdução desta vacina (17).

Garantir a sustentabilidade do programa no contexto da introdução de novas vacinas

Para manter os êxitos, cumprir a agenda inconclusa de imunização e introduzir novas vacinas, os países das Américas requererão um substancial financiamento adicional para os programas nacionais de imunização.

Em 2005, apenas três países latino-americanos informaram o financiamento de menos de 95% de suas vacinas de rotina através de fundos governamentais. Outrossim, na maioria dos países (21 de 24 com dados disponíveis) pelo menos 90% dos custos recorrentes do programa nacional de imunização foram cobertos com fundos governamentais. Todos os países da América Latina e Caribe (exceto o Haiti) informaram contar com uma partida orçamentária para a aquisição das vacinas (em dois países do Caribe as vacinas estão incluídas na partida para a aquisição de todos os medicamentos) (62). Entretanto, a existência de uma partida orçamentária nem sempre garante os fundos necessários para as vacinas ou para o programa de imunização.

Dado que várias vacinas estão se tornando disponíveis cada vez mais rápido, é fundamental que a tomada de decisões em relação à introdução de novas vacinas esteja fundamentada na

melhor evidência, a fim de permitir priorizar as intervenções. No caso destas vacinas novas e com o objeto de contribuir de maneira sustentável para a efetividade da prevenção total, é necessário levar em conta a evidência econômica junto com os dados epidemiológicos, demográficos e de gestão usuais.

Os comitês nacionais sobre práticas de imunização devem participar plenamente neste processo de avaliação. A fim de fortalecer a capacidade do programa de imunização para a geração de evidência e o estabelecimento de prioridades em relação a estas novas tecnologias, a OPAS lançou a Iniciativa Pro-Vac, que consta de múltiplas etapas de capacitação, recopilação de dados e desenvolvimento de análises econômicas em um plano nacional, no contexto da introdução de novas vacinas. Prevê-se que isto gerará uma maior demanda de estudos econômicos relevantes, assim como seu uso informado, para apoiar a formulação de políticas desde a perspectiva nacional e regional (17).

Atualmente são explorados novos enfoques de financiamento sustentável, centrados em garantir fluxos de financiamento confiáveis e de longo prazo para os programas de imunização, particularmente através da criação de espaços fiscais. Estes últimos são os espaços, no orçamento nacional, que permitem a designação de recursos sem pôr em risco a sustentação financeira ou a estabilidade econômica gerais. Entre as estratégias específicas para criar os espaços fiscais se encontram a redesignação de prioridades nos gastos para imunização, o aumento da eficiência e a transparência, a melhoria na eficiência da arrecadação de impostos e o aumento dos impostos indiretos em produtos que ocasionam importantes problemas à saúde pública, como o tabaco, o álcool e as armas. As estratégias adicionais incluem o desenvolvimento de fontes de novas rendas, como, por exemplo, os ganhos das loterias nacionais e o aumento do apoio externo (87).

O fortalecimento de legislação em matéria de vacinas pode reduzir os custos de operação associados à aquisição de vacinas e dos abastecimentos para a vacinação no país. A legislação também contribui para o confiável e eficaz financiamento de programas e para a criação de espaço fiscal para a imunização; também pode contribuir para a obtenção dos fundos necessários para o funcionamento dos programas de imunização sólidos e sustentáveis (88).

Por último, a cooperação pan-americana permitirá, mediante o Fundo Rotatório, que a Região continue seus êxitos em matéria de imunização. Em 2006, 37 países estão fazendo uso regular do Fundo para a aquisição de até 45 produtos de vacinação. O Fundo está simplificando seus serviços integrados aos países e reduzindo ainda mais os custos de aquisição, armazenamento, distribuição e uso das vacinas ao longo da cadeia de produção e fornecimento. No final de 2005, o Fundo capitalizou pouco mais de \$34 milhões e os gastos totais excederam \$154 milhões nesse ano. O Fundo Rotatório, como um organismo de aquisições sumamente eficaz, continuará sua função estratégica para fortalecer a sustentabilidade dos programas nacionais de imunização em toda a Região.

DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES

Malária

O número mais alto de casos notificados na Região desde que é realizado registro foi de 1,3 milhões, em 1995 e 1998 (quadro 10) (89). Desde então, o número total de casos continuou diminuindo e em 2004 foram notificados 882.361 casos. Isto representa uma diminuição de 23% em relação aos 1,14 milhões de casos notificados em 2000, quando os países da Região adotaram oficialmente a iniciativa Fazer Retroceder o Paludismo (HRP) (90, 91).

Apesar da redução da morbidade, foi observada uma mudança muito pequena na distribuição de casos por idade. Os relatórios anuais de 2002 a 2004 indicam que aproximadamente 63%–64% dos casos são apresentados nos maiores de 15 anos; 20%–24% na faixa entre 5 e 15 anos; e 11%–12% nas crianças menores de 5 anos. Menos de 5% correspondem aos maiores de 59 anos ou aos de idade indeterminada. Durante o mesmo período, a proporção de homens com malária subiu de 54% para 62% (92). Estas cifras continuam destacando a repercussão econômica da doença, já que afeta pessoas nos anos mais produtivos da vida.

O Brasil representa sistematicamente o país com a maioria de casos, e em 2004 teve 52,6% do total para toda a Região. Outros países que compartilham uma considerável proporção do número total de casos na Região são Colômbia (13,3%), Peru (10,6%), Venezuela (5,3%), Guatemala (3,3%), Guiana (3,3%), Equador (3,3%), e Honduras (1,8%). Os países que compartilham a selva amazônica (Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guiana Francesa, Guiana, Peru, Suriname, e Venezuela) notificaram conjuntamente 91% de todos os casos em 2004. A Mesoamérica — que consta de México, América Central (Belize, Costa

Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá), Haiti e República Dominicana — registrou quase 9% do total regional. Em 2004, foram notificados 1.263 casos em vários países da Região anteriormente declarados livres de transmissão; todos estes casos foram importados de países endêmicos, dentro e fora das Américas (92).

Na Região são notificados atualmente menos de 1 milhão de casos; entretanto, 264 milhões de pessoas (30% da população da Região) vivem em zonas onde é transmitida a doença, 41,5 milhões delas em zonas de alto (mais de 10 casos por 1.000 habitantes) e moderado (1 a 10 casos por 1.000 habitantes) risco de transmissão. Calcula-se que 94% dos casos são apresentados nestas áreas (90, 91).

Na atualidade, a malária é endêmica em 21 países (93), mas se considera que quatro deles têm bom potencial para eliminar a malária nos próximos anos (Argentina, El Salvador, México e Paraguai). Os outros países considerados endêmicos para malária, além dos mencionados anteriormente, são Belize, Costa Rica, Nicarágua e Panamá.

O índice parasitário anual em todas as zonas de risco é 3,35 por 1.000. Para as populações que vivem nas zonas de moderado e alto risco, o índice é mais de três vezes maior (10,8 por 1.000) (93). Os países com os índices mais altos são Colômbia, Guiana Francesa, Guiana, Suriname e Venezuela. A maioria dos casos nas Américas são devidos à infecção por *Plasmodium vivax* (74%); a infecção por *P. falciparum* causa 25,6% dos casos, e são notificados muito poucos casos devidos a *P. malariae* (<0,4%), os quais provêm principalmente do Suriname (89, 92).

As tendências na distribuição dos casos pela espécie do parasita nos países variaram muito pouco de 2000 a 2004. No Brasil, 76,2% dos casos foram causados por *P. vivax*, enquanto que 22,7% foram devidos a *P. falciparum*. Países na Área Andina

QUADRO 10. Morbidade por malária, Região das Américas, 1994–2004.

Ano	População (em milhares)		Esfregaço sanguíneo			Detecção de casos (por 100.000 habitantes)	
	Total Países	Áreas de Riscos ^a	Examinados	Positivos	Taxa de Positividade	Total Américas	Áreas maláricas
1994	763.305	231.323	8.261.090	1.114.147	13,49	145,96	481,64
1995	774.712	248.978	9.022.226	1.302.791	14,44	168,16	523,26
1996	786.055	298.128	8.601.272	1.139.776	13,25	145,00	382,31
1997	793.582	306.521	9.037.999	1.075.445	11,90	135,52	350,86
1998	803.546	308.323	9.148.633	1.289.741	14,10	160,51	418,31
1999	818.273	298.453	10.174.427	1.207.479	11,87	147,56	404,58
2000	832.863	293.196	10.210.730	1.140.329	11,17	136,92	388,93
2001	835.814	293.560	9.456.093	960.792	10,16	114,95	327,29
2002	849.361	262.382	7.785.398	884.744	11,36	104,17	337,20
2003	858.563	302.981	6.980.597	909.788	13,03	105,97	300,28
2004	867.142	264.139	6.980.789	882.361	12,64	101,76	334,05

^aPopulação em zonas ecologicamente propícias para a transmissão; compreende zonas sem transmissão ativa.

Fonte: Pan American Health Organization. Epi-Data: Status of Malaria Tables, 1994–2004 [on-line]. 2006 consultado em 20 de julho de 2006. Disponível em: <http://www.paho.org/english/ad/dpc/cd/mal-status-2004.pdf>.

(Bolívia, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela) seguiram uma tendência similar, onde 75% dos casos foram causados por *P. vivax* e 25% por *P. falciparum*. Os casos no Cone Sul (Argentina e Paraguai) quase sempre foram devidos a *P. vivax*. Guiana Francesa, Guiana e Suriname, ou os países que constituem o Escudo guianês, tiveram uma diminuição na proporção dos casos por *P. falciparum* (de 65% em 2000 para 54% em 2004) e um aumento dos casos por *P. vivax* (de 35% em 2000 para 43% em 2004). México e os países centro-americanos notificaram 94% dos casos devidos a *P. vivax* e 6%, a *P. falciparum*. No Haiti e República Dominicana, os únicos países do Caribe onde a doença é transmitida, essencialmente o *P. falciparum* foi responsável por todos os casos (89, 92).

A mortalidade por malária na Região está associada à patogenicidade de *P. falciparum*. A mortalidade diminuiu 55% entre 2000 e 2004 (de 348 para 156 óbitos) (90, 91). Os relatórios anuais de país durante os três últimos anos do período mencionado refletem sistematicamente uma crescente proporção de casos entre a população maior de 15 anos de idade, de 74,3% em 2002 para 85,1% em 2004. Os óbitos entre as crianças menores de 5 anos de idade, por outro lado, diminuíram de 8,8% para 4,6%. Foram registrados mais óbitos nos homens (67%–74%) que nas mulheres (33%–26%) (92).

A detecção passiva de casos (exame diagnóstico realizado nos serviços de saúde e hospitais gerais e por colaboradores voluntários e trabalhadores comunitários de saúde, somente em pacientes com sintomas clínicos) é usada mais amplamente na Região; a exceção ocorre na Argentina, Costa Rica, Panamá, Paraguai e República Dominicana, onde é praticada mais a detecção de casos ativa (exames de diagnóstico realizados para rastreamento, investigações epidemiológicas e acompanhamentos). No âmbito regional, de 1998 a 2004 a detecção passiva de casos foi empregada entre 68% e 81%. Até esta data, são limitados os dados oficiais sobre o acesso e a disponibilidade e das modalidades de detecção de casos, mas é sabido que a microscopia ainda é usada de maneira mais ampla (89–91).

As aminoquinolinas continuam sendo os medicamentos contra a malária mais usados na Região; entretanto, o *Plasmodium falciparum*, o mais patógeno dos parasitas causadores da malária, é capaz de desenvolver resistência aos antimaláricos. Este fenômeno, que foi notificado primeiro na Colômbia em 1958, continua sendo um dos maiores desafios na batalha mundial contra a doença. Nas Américas, a resistência só foi suspeitada ou confirmada nos países que compartilham a selva amazônica (89–91).

Pelo menos oito espécies diferentes do mosquito *Anopheles* são consideradas os vetores significativos para a malária na Região. O *Anopheles albimanus* é encontrado em Belize, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Peru e República Dominicana; *A. albitarsis* no Brasil; *A. aquasalis* na Venezuela; *A. benarrochi* no Peru; *A. darlingi* em Belize, Bolívia, Brasil, Colômbia, Guiana

Francesa, Guatemala, Guiana, Honduras, Paraguai, Peru, Suriname e Venezuela; *A. marajoara* na Venezuela; *A. pseudopunctipennis* na Argentina, Bolívia, Guatemala, México e Peru; e *A. vestitipennis* em Belize, Guatemala e México. Desde 2004, a maioria dos 21 países com endemicidade incluem em seus programas nacionais um componente de controle de vetores para a malária, mas são limitados os relatórios e os dados sobre a avaliação de sua eficácia e eficiência (89–91).

Os inseticidas usados com maior frequência na Região são os organofosforados e os piretróides. Nenhum país informa o uso do DDT organoclorado que se encontra entre os inseticidas recomendados pelo Plano da OMS de Avaliação de Praguicidas (WHOPES, por sua sigla em inglês) para o borrifamento de interiores com inseticida de ação residual contra os vetores da malária (94). A nebulização também é realizada em vários países, principalmente para reduzir *Aedes aegypti* e, ao mesmo tempo, diminuir as densidades de anofelinos. Além disso, o México e países centro-americanos se ocupam das atividades de administração ambiental, o uso de opções de controle biológico e ações de participação comunitária para a redução dos criadouros de vetores, mediante o Programa Regional de Ação e Demonstração de Alternativas Sustentáveis para o Controle de Vetores da Malária sem o Uso de DDT (Fundo para o Meio Ambiente Mundial – Projeto DDT) (89–91).

Estratégias atuais e repercussão do programa

Desde que a Estratégia Mundial de Luta contra o Paludismo foi adotada em 1992, os 21 países das Américas com transmissão ativa de malária aplicaram em grau variável os quatro elementos técnicos da estratégia em seus programas nacionais. Estes elementos são: o diagnóstico precoce e tratamento imediato; o planejamento e execução de medidas preventivas seletivas e sustentáveis, incluído o controle de vetores; a detecção, contenção e prevenção oportuna das epidemias; e o fortalecimento das capacidades locais em pesquisa básica e aplicada para permitir e promover a avaliação regular da situação da malária de um país, em particular os fatores determinantes ecológicos, sociais e econômicos da doença (95–98). Os esforços fomentaram a ampliação da capacidade operacional do setor saúde, tanto nos níveis nacionais como nos locais, para o diagnóstico e tratamento precoce. O rendimento das análises de sangue para o rastreamento e diagnóstico da malária chegou ao máximo, 10,2 milhões em 2000 (89, 92). A diminuição observada no número de esfregaços sanguíneos examinados de 2001 a 2004 se deve à falta de disponibilidade dos dados do Peru, o qual examina aproximadamente 1,5 milhões de esfregaço sanguíneos anualmente.

Em 1998, a Organização Mundial da Saúde, junto com outras instituições do sistema das Nações Unidas, o Banco Mundial, os governos nacionais de países onde a malária é endêmica, as organizações de cooperação bilateral, as organizações não governamentais e a sociedade civil, lançou a iniciativa HRP, com a meta de reduzir à metade a carga global da malária para 2010. Em

2000, durante o Conselho Diretor da OPAS, as nações das Américas e o Caribe se comprometeram com as metas e os ideais da iniciativa HRP (99).

A iniciativa HRP na Região está centrada no apoio às funções dos ministérios da saúde relacionadas à prevenção e ao controle da malária; à promoção das sinergias com programas de saúde relacionados (especialmente os de saúde ambiental, medicamentos e saúde materno-infantil, infecção por HIV/AIDS e tuberculose); à promoção da participação das comunidades e sociedade civil; à participação do setor privado na prestação de serviços de prevenção e tratamento; à identificação de práticas ótimas, aos mecanismos financeiros e de alianças para estender as intervenções; à preparação de ferramentas e medidas de apoio para a gestão; ao fortalecimento da capacidade; e à promoção da colaboração entre os países (90, 91, 95–98).

Os Estados Membros utilizam recursos nacionais, junto com o apoio financeiro obtido mediante a iniciativa HRP, a contribuição de outras fontes, os empréstimos, e o apoio técnico e programático da OPAS. O marco estratégico deu lugar a várias colaborações e propósitos bem-sucedidos para a mobilização mais eficaz dos recursos. Estes incluem: a) a Rede Amazônica de Vigilância da Resistência às Drogas Antimaláricas (RAVREDA)/Iniciativa Amazônica contra a Malária (IAM), que abrange oito nações na região amazônica e apoio financeiro da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional; b) a aprovação e o uso satisfatório dos fundos designados para a proposta andina conjunta (Colômbia, Equador, Peru e Venezuela), assim como as propostas individuais de país para Bolívia, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Nicarágua e Suriname, no Fundo Mundial de Luta contra a AIDS, a Tuberculose e a Malária (FMSTM); c) o Programa Regional de Ação e Demonstração de Alternativas Sustentáveis para o Controle de Vetores da Malária sem o Uso de DDT (Fundo para o Meio Ambiente Mundial–Projeto DDT) No México e América Central; e d) a colaboração em pesquisa com o Banco Mundial, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e o Programa da OMS para a Pesquisa e Ensino sobre Doenças Tropicais (90, 91).

Até 2004, 15 dos 21 países onde a malária é endêmica notificaram a diminuição do número absoluto de casos. Oito deles alcançaram a meta de HRP de reduzir pelo menos 50% dos casos para 2010 (Argentina, Bolívia, Equador, El Salvador, Honduras, México, Nicarágua e Paraguai); outros sete registraram uma diminuição no número de casos, mas menos a meta de 50% para 2010 (Belize, Brasil, Costa Rica, Guiana Francesa, Guatemala, Haiti e Suriname); seis países continuam informando aumentos (Colômbia, Guiana, Panamá, Peru, República Dominicana e Venezuela) (90, 91).

No Peru e Bolívia foi onde primeiro foi adotado o tratamento combinado com artemisina contra a malária, em 2001. Com a crescente ênfase na pesquisa em farmacoresistência e o uso de pautas de tratamento baseadas em dados probatórios, seis países (Bolívia, Equador, Guiana, Peru, Suriname e Venezuela) estão

usando diversas combinações de tratamentos baseadas em arte misina como primeira terapia da linha contra a malária por *Plasmodium falciparum*; outrossim, Brasil e Colômbia planejavam começar a implementação desta política em 2006. Estes oito países representam 92% de todos os casos de *P. falciparum* notificados na Região. No Haiti e República Dominicana ainda são informados casos de malária sensíveis e não resistentes à cloroquina, os quais são quase 100% devidos a *P. falciparum* (90, 91).

Plano Estratégico Regional de Malária 2006–2010

A situação da malária nas Américas tem fortes implicações sociopolíticas, econômicas, condutuais, ambientais, educacionais, administrativas e políticas. Os fatores sociopolíticos e econômicos continuam sendo aspectos importantes do problema da malária na Região. Estes fatores incluem: estado deficiente das moradias, em particular entre grupos nômades e populações isoladas; diversos problemas sociopolíticos que impedem o acesso aos programas; falta de compromisso político para executar a Estratégia Mundial de Luta contra o Paludismo nos serviços locais de saúde; atividades ilegais em algumas áreas que prevêm a identificação de casos; e aumento da demanda e redução dos recursos, assim como falta de saneamento básico, nos assentamentos humanos marginalizados. O alto nível de migração entre as populações onde a prevenção e o controle são sumamente difíceis — tais como mineiros, lenhadores, trabalhadores da plantação de banana e cana de açúcar, grupos indígenas e populações nas áreas de conflito armado —, também está vinculado diretamente às condições sociopolíticas e econômicas (90, 91).

A migração é um comportamento coletivo que torna extremamente difícil executar e vigiar quase todos os aspectos da prevenção e o controle da malária. Outros comportamentos considerados como causa contínua da transmissão da malária incluem: o hábito da população de permanecer fora da moradia, ou de um abrigo protetor, durante o período conhecido de maior atividade hematófaga dos vetores; a participação comunitária limitada; o compromisso social e a mobilização social limitada; a taxa alta de descumprimento dos regimes de tratamento; a automedicação incorreta; e o uso de medicamentos vencidos ou de baixa qualidade (90, 91).

Alguns fatores ambientais também são considerados como causas importantes e agravantes, tais como a presença dos criadouros naturais, as condições ecológicas favoráveis para a reprodução dos vetores, a existência de comunidades isoladas ou praticamente inacessíveis, e a presença dos múltiplos vetores (90, 91).

Muitos países não têm um número suficiente de profissionais da saúde capacitados em malária (90, 91) e a capacitação técnica em malária é deficiente entre o pessoal de saúde. Além disso, é necessário realizar atividades educacionais para a prevenção e o controle da malária nos grupos mais afetados.

As dimensões política e administrativa do problema da malária são as que têm maior potencial para intervenções concretas. Pelo menos 11 nações citaram diferentes assuntos políticos e ad-

ministrativos que contribuem pra a persistência da transmissão da malária na Região. Estes problemas incluem: a falta de designação orçamentária; cobertura de serviços de saúde limitada nas zonas endêmicas para malária; falta de cooperação intersetorial; falta de estratificação nas estratégias de controle; os problemas na sustentabilidade de medidas; problemas de fornecimento de medicamentos; deficiência de transporte; falta de insumos de inseticidas; demora na liberação dos fundos; demora na aprovação e execução dos projetos; problemas administrativos e de gerência relacionados ao processo de descentralização nos municípios; interrupção dos programas de país devido a surtos de outras doenças infecciosas como a dengue; controle de vetores inadequado; e falta de recursos humanos e financeiros (90, 91).

O gasto total para a malária (nacional e contribuições externas) notificado pelos países com endemicidade aumentou de US\$ 107.798.405 em 2000 para US\$ 172.524,015 em 2004. O gasto per capita da população em risco de malária notificada nas Américas cresceu 76%: de US\$ 0,37 em 2000 para US\$ 0,65 em 2004 (quadro 11) (90, 91, 100).

Apesar da redução da mortalidade relacionada ao *Plasmodium falciparum*, a malária continua sendo um problema de saúde pública importante na Região, em particular a persistente taxa de transmissão de *P. vivax*, o que é mais difícil de controlar devido a seu característico ciclo de vida nos seres humanos. É imperativo que a pesquisa e a vigilância entomológicas sejam fortalecidas, ao lado da vigilância sanitária e do manejo de doenças. Os investimentos destinados a combater a doença devem pelo menos ser mantidos, se não aumentarem, e devem estar orientados às reformas sanitárias, tanto imediatas como a longo prazo, para que os resultados deixados possam ser alcançados. A pesquisa operacional deve ser melhorada e deve ser prestado atendimento adequado a populações destinatárias específicas, tais como grávidas, crianças, pessoas com HIV/AIDS, viajantes, mineiros, lenhadores, trabalhadores da plantação de banana e cana de açúcar, grupos autóctones, populações em áreas de conflito armado ou social, e pessoas ao longo das áreas comuns de interesse epidemiológico ou de zonas fronteiriças. Outrossim, deve ser aumentada e fortalecida a capacidade nacional para abordar e administrar situações especiais como epidemias, emergências complexas, malária urbana, malária em zonas remotas e fronteiriças, e em áreas de baixa incidência onde a eliminação pode ser possível. O investimento no desenvolvimento dos recursos humanos é também de importância capital.

O Plano Estratégico Regional de Malária 2006–2010 da OPAS trata integralmente o desafio atual da malária na Região e examina as áreas prioritárias da OPAS para cooperação técnica, enquanto que cumpre seu compromisso com a meta de HRP. O êxito desta meta cumpre o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas de interromper e começar a reverter a incidência da malária (e outras doenças graves) para 2015; em setembro de 2005, o Conselho Diretor da OPAS propôs uma redução adicional de 25% (101).

“*Em certos países, a população continua sendo vítima de doenças epidêmicas tais como a febre tifóide, a varíola, a peste, a malária e a disenteria; a mortalidade na infância é excessiva, a nutrição inadequada, os hospitais modernos são praticamente inexistentes e a média de expectativa de vida é baixa.*”

Fred Lowe Soper, 1951

Dengue

A dengue é uma doença produzida por um vírus do gênero *Flavivirus* (família Flaviviridae) e transmitida em nossa Região pelo mosquito *Aedes aegypti*. Há quatro sorotipos da dengue antigênicamente relacionados (DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4) e pode manifestar-se como a dengue clássica, ou como a dengue hemorrágica e síndrome de choque por dengue, que são as formas clínicas mais graves. A incidência e as epidemias de dengue aumentaram nos últimos 35 anos em todo o mundo. Até a década de 1950, apenas em 9 países eram notificados casos de dengue; no decênio de 1980, 26 países notificaram casos de dengue e, a partir de 1990, foram informados casos em mais de 100 países ao redor do mundo (102). O ano com maior notificação foi 2002, com 69 países afetados. Hoje em dia esta é a doença viral mais importante entre as doenças transmitidas por artrópodes, e constitui um problema de saúde pública crescente (102). A dengue causa uma carga de morbidade média de 658 anos de vida ajustados em função da deficiência por ano, por cada milhão de habitantes (103).

Dengue e dengue hemorrágica nas Américas, 2001–2005

Entre 2001 e 2005, mais de 30 países das Américas notificaram um total de 2.879.926 casos de dengue e dengue hemorrágica; em 2002 foram atingidas cifras alarmantes, já que foram notificados 1.015.420 casos (quadro 12). O número de casos de dengue hemorrágica durante o mesmo período foi de 65.235, e o ano com o maior número de casos (15.500) foi 2001 (quadro 13). O total de mortes por dengue na Região foi de 789 para todo o período, sendo 2002 o ano com o maior número de óbitos (255) (quadro 12). Os quatro sorotipos do vírus da dengue circularam na Região (quadro 14), e em Barbados, Colômbia, El Salvador, Guatemala, Guiana Francesa, México, Peru, Porto Rico e Venezuela foram apresentados simultaneamente os quatro sorotipos em alguns dos anos compreendidos no período 2001–2005 (104). Na seção seguinte é apresentada a análise da situação da dengue e dengue hemorrágica, por sub-região.

Cone Sul

No período 2001–2005, nesta sub-região foram notificados 64,6% dos casos de dengue e dengue hemorrágica nas Américas, com 1.859.259 e 4.509 notificações, respectivamente, e 258 óbi-

QUADRO 11. Orçamentos nacionais e contribuições extraorçamentárias designados aos programas de controle da malária, Região das Américas, 2000–2004.

Países	2000			2001			2002			2003			2004		
	Orçamento nacional para malária	Outros fundos ou empréstimos	Orçamento nacional para malária	Outros fundos ou empréstimos	Orçamento nacional para malária	Outros fundos ou empréstimos	Orçamento nacional para malária	Outros fundos ou empréstimos	Orçamento nacional para malária	Outros fundos ou empréstimos	Orçamento nacional para malária	Outros fundos ou empréstimos	Orçamento nacional para malária	Outros fundos ou empréstimos	
Argentina	2.580.000	...	2.580.000	...	2.580.000	...	2.580.000	...	2.580.000	...	2.580.180	...	2.580.180	...	
Bolívia	845.764	944.187	935.101	601.656	918.145	550.887	750.327	476.743	750.327	189.000	750.327	189.000	750.327	189.000	
Brasil	44.766.876	2.477.870	21.517.299	805.197	21.411.765	1.137.503	40.695.955	523.926	40.695.955	523.926	40.695.955	523.926	40.695.955	523.926	
Colômbia	9.950.000	—	11.363.636	—	11.363.636	225.000	13.049.962	—	13.049.962	—	13.702.460	—	13.702.460	—	
Costa Rica	3.380.000	—	2.500.000	—	2.880.000	—	3.840.000	—	3.840.000	—	2.980.000	—	2.980.000	—	
El Salvador	...	...	4.555.000	...	...	...	2.142.205	...	2.142.205	...	1.698.141	...	1.698.141	3.675
Equador	...	...	3.155.525	180.000	3.815.603	180.000	5.235.182	92.954	5.235.182	92.954	5.396.634	...	5.396.634	...
Guatemala	702.703	—	...	—	...	—	...	—	...	—	...	—	...	—	
Haiti	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	2.597.868	3.605.010	2.352.572	1.450.000	81.250	54.039	388.888	7.289.800	388.888	7.289.800	4.850.000	7.285.000	4.850.000	7.285.000	
México	17.652.182	—	17.157.485	—	19.576.235	—	19.576.235	—	19.576.235	—	28.060.594	—	28.060.594	—	
Nicarágua	333.333	—	333.333	175.500	333.333	175.500	333.333	175.500	333.333	175.500	...	...	...	...
Panamá	5.066.318	—	4.680.289	—	3.986.849	—	2.751.541	...	2.751.541	...	5.024.766	88.417	5.024.766	88.417	
Paraguai	1.932.103	—	1.061.490	—	1.064.936	—	1.164.935	175.000	1.164.935	175.000	1.147.905	202.404	1.147.905	202.404	
Peru	1.900.915	58.572	4.109.728	130.000	3.900.000	200.000	3.500.000	200.000	3.500.000	200.000	3.600.000	200.000	3.600.000	200.000	
República Dominicana	1.410.013	157.238	1.443.223	29.722	1.220.721	5.000	25.860.927	1.200.675	25.860.927	1.200.675	448.254	15.676	448.254	15.676	
Venezuela	5.411.675	960.000	...	...	2.065.933	200.000	20.834.228	...	20.834.228	...	48.263.202	...	48.263.202	...
Subtotal	98.529.750	8.202.877	77.444.681	3.372.075	75.198.406	2.727.929	142.703.718	10.134.598	142.703.718	10.134.598	159.198.418	8.508.098	159.198.418	8.508.098	
Belize	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	100.000	238.000	100.000	238.000
Guiana	1.000.000	—	800.000	10.000	800.000	100.000	800.000	...	800.000	...	600.000	3.112.871	600.000	3.112.871	
Guiana Francesa	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Suriname	65.778	—	178.363	636.000	160.628	536.000	160.628	606.000	160.628	606.000	160.628	606.000	160.628	606.000	
Subtotal	1.065.778	...	978.363	646.000	960.628	636.000	960.628	606.000	960.628	606.000	760.628	3.718.871	760.628	3.718.871	
Total Grande total	99.595.528	8.202.877	78.723.044	4.018.075	76.159.034	3.363.929	143.664.346	10.740.598	143.664.346	10.740.598	159.959.046	12.226.969	159.959.046	12.226.969	
		107.798.405	82.741.119	79.522.963				154.404.944				172.186.015		172.186.015	
Fondos por pessoa (SUS) em áreas malárias		\$0,37		\$0,28		\$0,30		\$0,51		\$0,51		\$0,65		\$0,65	

Nota: Os fundos por pessoa são derivados apenas dos países que notificam dados do Orçamento Nacional para a Malária (informação incompleta).

... Informação não disponível.

— Não se aplica.

Fonte: Pan American Health Organization. Epi-Data: Status of Malaria Tables, 1994–2004. [On-line, consultado em 20 de julho de 2006.] Disponível em: <http://www.paho.org/english/ad/dpc/cd/mal-status-2004.pdf>

QUADRO 12. Casos de dengue e dengue hemorrágica, incidência e número de mortes por dengue, Região das Américas, 2001–2005.

País	2001			2002			2003			2004			2005		
	Casos		Mortes	Casos		Mortes	Casos		Mortes	Casos		Mortes	Casos		Mortes
	D + DH	Incidência ^a		D + DH	Incidência ^a		D + DH	Incidência ^a		D + DH	Incidência ^a		D + DH	Incidência ^a	
Anguila	25	208,33	0	5	41,67	—	2	16,67	0	0	—	0	0	0	—
Antigua e Barbuda ^b	20	30,77	0	5	7,69	—	0	0	0	0	—	0	0	0	—
Argentina	11	0,03	0	214	0,57	0	135	0,36	0	3,284	0	8,77	34	0,09	0
Aruba	0	...	—	25	...	—	173	0	0	166,35	—	0	—	0	—
Bahamas	0	...	0	0	0	—	180	58,44	0	1	0,32	—	0	0	—
Barbados	1.043	389,18	0	740	276,12	—	557	207,84	0	349	0	130,22	320	119,4	—
Belize ^b	3	1,3	—	41	16,4	—	0	0	0	2	0,87	—	380	164,5	0
Bermuda	0	0	0	0	0	—	0	0	0	0	—	—	2	3,17	0
Bolivia	176	14,67	0	892	74,33	1	6.548	327,4	6	7,39	369,5	0	4.443	222,15	0
Brasil	413.067	239,38	29	780.644	452,39	145	341.902	198,14	38	112.928	65,44	3	203.789	118,1	43
Chile	—	—	—	636	—	0	0	0	0	0	0	0	0	0	—
Colômbia	55.437	272,71	54	76.996	210,3	27	52.588	258,7	7	27.523	135,39	20	30.475	149,92	47
Costa Rica	9.237	818,16	0	12.251	314,53	0	19.669	606,32	0	9.408	290,01	0	37.798	1,165,17	2
Cuba	11.32	101,58	2	3.011	26,75	1	0	0	0	0	0	0	75	0,67	—
Curáçau	0	0	—	—	0	—	—	0	—	—	—	—	265	122,12	—
Dominica ^b	5	7,04	0	0	0	—	0	0	0	4	5,63	—	11	15,49	—
Equador	10.919	84,77	0	5.833	45,29	0	10.319	80,12	5	6.165	47,86	2	12.131	94,18	14
El Salvador	1.093	17,09	4	18.307	286,05	11	7.436	116,24	8	13.344	201,02	1	15.290	226,28	0
Estados Unidos ^a	96	8	0	29	2,42	0	40	3,33	0	0	0	0	0	0	0
Granada ^b	12	12,77	0	84	89,36	—	17	18,09	0	7	7,45	—	0	0	0
Guadalupe	0	0	—	93	21,58	—	495	114,85	0	0	0	—	3.364	780,51	0
Guatemala	4.516	38,64	2	7.599	65,02	6	6,75	57,76	3	6.352	54,35	4	6.341	54,26	1
Guiana	60	26,47	—	202	26,47	—	33	4,33	—	47	6,16	—	178	23,33	0
Guiana Francesa	2.830	1664,71	0	280	164,71	—	2.178	1281,18	0	3.147	1851,18	—	4.365	2.567,65	0
Haiti	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Honduras	9.077	138,05	0	32.269	490,78	17	16.559	251,85	11	19.971	303,74	2	18.843	286,59	6

(Continua)

QUADRO 12. (Continuação)

País	2001		2002		2003		2004		2005		Casos D + DH		Casos D + DH		Casos D + DH		Casos D + DH	
	D + DH	Mortes	D + DH	Mortes	Incidência ^a	Mortes	Incidência ^a	Mortes	Incidência ^a	Mortes	Incidência ^a	Mortes	Incidência ^a	Mortes	Incidência ^a	Mortes	Incidência ^a	Mortes
Ilhas Caimã	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ilhas Turcas e Caicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ilhas Virgen																		
Britânicas ^b	23	95,83	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jamaica	39	39	0	0	3,46	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Martinica	4.471	4471	4	4	101,55	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
México ^d	6.210	6,19	0	0	9,844	6	5,018	5	204,92	0	0	8,202	13	16,862	16,8	1,575,91	4	1,77
Montserrat	1	1	0	0	12,5	—	—	—	12,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nicarágua ^d	2.104	40,4	21	21	2,157	12	2,799	4	53,74	4	4	1,035	2	1,735	31,64	12	12	12
Panamá	1.545	53,29	1	1	24,53	0	293	0	10,11	0	0	373	2	5,489	137,98	1	1	1
Paraguai	38	0,67	0	0	1,871	0	137	0	2,43	0	0	164	0	405	7,19	0	0	0
Peru	23.329	89,41	4	4	8,875	1	3,637	0	13,94	0	0	9,774	1	6,358	24,36	0	0	0
Porto Rico	5.233	132,41	4	4	2,906	1	3,735	0	94,51	0	0	3,288	3	5,701	144,26	7	7	7
República Dominicana	3.592	42,28	0	0	3,194	14	6,163	75	72,55	75	75	2,476	13	2,86	33,67	18	18	18
Saint Kitts e Nevis ^b	89	89	0	0	52,63	—	—	—	5,26	—	—	4	—	0	0	—	—	—
Santa Lúcia ^b	292	195,97	0	0	34,23	—	—	—	3,36	0	0	11	—	1	0,67	0	0	0
São Vicente e Granadinas ^b	3	2,63	0	0	109,65	—	—	—	2,63	0	0	4	—	8	7,02	0	0	0
Suriname	760	181,38	0	0	263,48	—	—	—	68,02	—	—	375	—	2.853	680,91	—	—	—
Trinidad e Tobago	2.244	172,62	0	0	480,46	12	2,289	12	176,08	—	—	546	—	411	31,62	0	0	0
Uruguay	—	—	—	—	—	—	—	—	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Venezuela	83.180	337,69	15	15	152,96	1	26,996	7	109,6	7	7	30,693	5	4,198	171,31	4	4	4
TOTAL	652.212	652,212	140	140	1.015,420	255	517,617	164	267,050	164	164	267,050	71	427,627	159	159	159	159

^aIncidência por 100.000 habitantes.^bDados do Caribe não-latino fornecidos pelo Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC).^cCasos provenientes da Ilha de Páscoa.^dApenas casos confirmados.^eCasos importados.**Fonte:** Organização Pan-Americana da Saúde, página web da dengue: <http://www.paho.org/english/ad/dpc/cd/dengue.htm>, acessada em novembro de 2006.

QUADRO 13. Casos de dengue hemorrágica, Região das Américas, 2001–2005.

	2001	2002	2003	2004	2005
Anguila	0	0	0	—	—
Antígua e Barbuda ^a	0	0	—	—	—
Argentina	0	0	0	—	0
Aruba	—	—	—	—	—
Bahamas	0	0	0	—	—
Barbados	14	0	0	—	—
Belize ^a	—	0	—	0	0
Bermuda	0	0	0	0	0
Bolívia	0	1	47	25	10
Brasil	679	2.607	713	77	433
Chile ^b	—	0	0	0	—
Colômbia	6.563	5.269	4.878	2.815	4.306
Costa Rica	37	27	69	11	52
Cuba	0 69	12	0	0	—
Curaçau	—	—	—	—	—
Dominica ^a	0	0	0	—	4
Equador	55	158	416	64	334
El Salvador	54	405	138	154	207
Estados Unidos ^c	0	0	0	0	0
Granada ^a	0	3	0	0	0
Guadalupe	—	0	0	—	6
Guatemala	4	47	22	39	32
Guiana Francesa	0	0	0	0	0
Guiana	—	2	—	0	0
Haiti	—	—	—	—	—
Honduras	431	863	458	2.345	1.795
Ilhas Caimã	0	0	0	0	0
Ilhas Turcas e Caicos	0	0	0	—	—
Ilhas Virgens Britânicas	—	0	0	0	0
Jamaica	0	0	0	—	—
Martinica	3	0	0	—	3
México ^d	191	1.429	1.419	1.959	4.255
Montserrat	0	0	0	0	0
Nicarágua ^d	458	157	235	93	177
Panamá	7	5	0	4	2
Paraguai	0	0	0	0	0
Peru	251	13	15	35	16
Porto Rico	36	23	5	11	19
República Dominicana	4	76	252	136	84
Saint Kitts e Nevis ^a	4	0	—	—	—
Santa Lúcia ^a	0	0	0	0	0
São Vicente e Granadinas ^a	0	2	0	0	0
Suriname	12	23	1	7	141
Trinidade e Tobago	86	273	80	49	0
Uruguai	—	—	0	0	0
Venezuela	6.541	2.979	2.246	1.986	2.681
TOTAL	15.500	14.374	10.994	9.810	14.557

^aDados do Caribe não-latino fornecidos pelo Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC).

^bCasos provenientes da Ilha de Páscoa.

^cCasos importados.

^dApenas casos confirmados.

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde, página web da dengue: <http://www.paho.org/english/ad/dpc/cd/dengue.htm>, acessada em novembro de 2006.

QUADRO 14. Sorotipos do vírus da dengue circulantes, Região das Américas, 2001–2005.

	2001	2002	2003	2004	2005
Anguila	DEN 3	DEN 2, 3	DEN 3	DEN	DEN
Antígua e Barbuda ^a	DEN 3	DEN 3	DEN	DEN	DEN
Argentina	All imported	DEN 1, 3	DEN 1, 2, 3	DEN 3	DEN 2
Aruba		—	DEN	DEN 3	DEN
Bahamas		—	DEN 2, 3	DEN	DEN
Barbados	DEN 1, 2, 3, 4	DEN 3	DEN 1, 3	DEN 3	DEN 1, 3
Belize ^a		DEN 2	DEN	DEN 3, 4	DEN 1, 2, 3
Bermuda		—	DEN	DEN	DEN
Bolívia	DEN 1	DEN 1, 2	DEN 1, 2, 3	DEN 1, 2, 3	DEN 2, 3
Brasil	DEN 1, 2, 3	DEN 1, 2, 3	DEN 1, 2, 3	DEN 1, 2, 3	DEN 1, 2, 3
Chile ^b		DEN 1	DEN	DEN	DEN
Colômbia	DEN 1, 2, 4	DEN 1, 3, 4	DEN 1, 2, 3	DEN 1, 2, 3, 4	DEN 1, 2, 3
Costa Rica	DEN 2	DEN 1, 2	DEN 1, 2	DEN 1, 2	DEN 1
Cuba	DEN 3	—	DEN	DEN	DEN
Curaçau		—	DEN	DEN	DEN
Dominica ^a	DEN 3	—	DEN	DEN	DEN
Equador	DEN 2, 3	DEN 2, 3	DEN 3	DEN 3, 1, 4	DEN 1, 3
El Salvador	DEN 2	DEN 1, 2, 3, 4	DEN 2, 4	DEN 1, 2, 4	DEN 2, 4
Estados Unidos ^c	DEN 1	—	DEN	DEN	DEN
Granada ^a	DEN 2, 3	DEN 3	DEN	DEN	DEN
Guadalupe		—	DEN 3	DEN	DEN 2, 3, 4
Guatemala	DEN 2, 4	DEN 2, 3, 4	DEN 1, 2, 3, 4	DEN 1, 2, 3, 4	DEN 1, 2, 3, 4
Guiana Francesa	DEN 1, 2, 3	DEN 3	DEN 1, 3	DEN 1, 3, 4	DEN 1, 2, 3, 4
Guiana	DEN 2	DEN 3	DEN	DEN	DEN
Haiti					DEN
Honduras		DEN 2, 3, 4	DEN 2, 4	DEN 1, 2, 4	DEN 1, 2, 4
Ilhas Caimã		—	DEN	DEN	DEN
Ilhas Turcas e Caicos		—	DEN	DEN	DEN
Ilhas Virgens Britânicas	DEN 2, 3	—	DEN	DEN	DEN
Jamaica		—	DEN	DEN	DEN
Martinica	DEN 2, 3	DEN 3	DEN	DEN	DEN 2, 3, 4
México ^d		DEN 1, 2, 3	DEN	DEN 1, 2, 3, 4	DEN 1, 2, 3
Montserrat		DEN 2, 3	DEN	DEN	DEN
Nicarágua ^d	DEN 2, 3	DEN 1, 2, 4	DEN 1	DEN 1, 2, 4	DEN 1, 2, 4
Panamá	DEN 2	DEN 2	DEN 2	DEN 1, 2, 3	DEN 1, 2
Paraguai	DEN 1, 2	DEN 1, 2, 3	DEN 3	DEN 3	DEN 2
Peru	DEN 1, 2	DEN 1, 2, 3	DEN 1, 2, 3	DEN 1, 2, 3	DEN 1, 2, 3, 4
Porto Rico	DEN 1, 2, 3, 4	DEN 1, 3	DEN 1, 2, 3	DEN 2, 3, 4	DEN 2, 3, 4
República Dominicana		DEN 2	DEN 2	DEN 2, 4	DEN
Saint Kitts e Nevis ^a	DEN 2	DEN 2	DEN	DEN	DEN
Santa Lúcia ^a	DEN 3	DEN 3	DEN	DEN	DEN 4
San Vicente e as Granadinas ^a	DEN 3	DEN 3	DEN 3	DEN	DEN 3
Suriname	DEN 3	DEN 3	DEN 2	DEN 3	DEN 1, 2, 3
Trinidad e Tobago	DEN 2, 3 D	DEN 2 (15%), 3 (85%)	DEN 3	DEN	DEN 3
Uruguai	DEN 2, 3	DEN 2, 3	DEN	DEN	DEN
Venezuela	DEN 1, 2, 3, 4	DEN 2, 3, 4	DEN 1, 2, 3	DEN 1, 2, 3, 4	DEN 1, 2, 3, 4

^aDados do Caribe não-latino fornecidos pelo Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC).

^bCasos provenientes da Ilha de Páscoa.

^cCasos importados.

^dApenas casos confirmados.

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde, página web da dengue: <http://www.paho.org/english/ad/dpc/cd/dengue.htm>, acessada em novembro de 2006.

tos. O Brasil apresentou o maior número de casos de dengue e dengue hemorrágica (99,6%) e o maior número de óbitos por dengue em todos os anos do período (quadro 12). Por outro lado, Chile e Uruguai são os únicos países do continente que se mantêm sem transmissão. Durante este período, na Argentina, Brasil e Paraguai circularam 3 dos 4 sorotipos do vírus da dengue (DEN-1, DEN-2 e DEN-3), e na Ilha de Páscoa, Chile, DEN-1 em 2002 (quadro 14) (104).

Área Andina

Esta sub-região, formada por Bolívia, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela, apresentou 21,1% (580.589) dos casos de dengue e dengue hemorrágica no total, mas contribuiu com a maior proporção de casos de dengue hemorrágica (63,9% ou 41.704) no período 2001–2005; outrossim, apresentou um total de 221 mortes por dengue. A Bolívia teve as taxas de incidência por 100.000 habitantes mais altas da sub-região durante os anos 2003 (327,4), (369,5) e 2005 (222,15) (quadro 12). Quanto ao número de óbitos, a Colômbia notificou 70% (155) dos falecidos. Os quatro sorotipos circularam na Venezuela nos anos 2001, 2004 e no Peru em 2005, enquanto que a Bolívia passou de ter apenas um sorotipo em 2001 (DEN-1) para três em 2003 e 2004 (DEN-1, 2 e 3). Na Colômbia e Equador circularam os quatro sorotipos em diferentes combinações.

América Central e México

Na América Central foram notificados 289.929 casos de dengue e dengue hemorrágica, equivalente a 10,6% dos casos na Região; deles, 8.519 foram dengue hemorrágica e houve 133 mortes. Os países com o maior número de casos notificados em 2005 foram Costa Rica e Honduras, seguidos de México, El Salvador, Guatemala, Panamá e Nicarágua (quadro 12). Em El Salvador, o número de casos notificados aumentou significativamente entre 2001 e 2005, de 1.093 para 15.290 casos, respectivamente. Em 2005, a Costa Rica apresentou a taxa de incidência mais alta da sub-região (1,165 x 100.000 habitantes). Não obstante, o maior número de mortes da sub-região ocorreu na Nicarágua, com 51 óbitos em todo o período (quadro 12). Apesar de ter circulantes os 4 sorotipos, nesta sub-região predominam os sorotipos DEN-1 e 2 (104).

O Caribe Nesta sub-região foram notificados 76.222 casos de dengue e dengue hemorrágica de 2001 a 2005 (2,6% dos casos na Região), dos quais 1.271 foram de dengue hemorrágica. O maior número de casos de dengue foi informado nos anos 2001 (19.023) e 2005 (19.103).

Caribe latino. Em 2001, Cuba apresentou o maior número de casos de dengue e dengue hemorrágica da sub-região (11.432), devido a um surto epidêmico, seguido de Porto Rico (5.233) e República Dominicana (3.592). Entretanto, o maior número de casos de dengue hemorrágica no período 2001–2005 ocorreu na República Dominicana, onde foram notificados 552 casos (quadro 13) e 120 óbitos, o que representa uma taxa de letalidade de

21,7%, uma das mais elevadas de toda a Região. Quanto aos sorotipos, em Porto Rico circularam os quatro e na República Dominicana foi informada a presença de DEN-2 e 4 (104).

Caribe não-latino. Dos países e territórios desta sub-região, Martinica, Trinidad e Tobago e a Guiana Francesa são os que registraram o maior número de casos de dengue e dengue hemorrágica no período 2001–2005. Em 2005, a Martinica notificou 6.083 casos, seguido da Guiana Francesa com 4.365 casos, Guadalupe com 3.364 e Suriname com 2.853 casos. Em Barbados circularam os quatro sorotipos simultaneamente em 2001, assim como na Guiana em 2005, ainda que no período 2001–2005 predominaram neste grupo de países os sorotipos DEN-2 e 3 (104). Em 2001, Halstead e colaboradores concluíram que no Haiti existe sim transmissão hiperendêmica do vírus da dengue hemorrágica, apesar da ausência da doença (105); entretanto, não se conta com relatórios oficiais do número de casos de dengue neste país.

Estratégias de prevenção e controle da dengue

As campanhas de erradicação do *Aedes aegypti* foram muito bem-sucedidas na década de 1950 e 1960 e, como consequência, em 1972 havia sido obtida a erradicação do vetor em 21 países das Américas. Entretanto, a falta de sustentabilidade, e em alguns casos o abandono dos programas, trouxe como resultado a reinfestação e foi perdido o esforço realizado nos anos anteriores (106). Esta situação, unida a macrofatores de caráter ambiental, econômico, político e social, influenciou na reemergência do vetor. Em vista dessa situação, foi desenhada uma nova geração de programas de prevenção e controle da dengue, que atualmente é o pilar da estratégia regional (107).

O Programa Regional de Dengue da OPAS busca focar as políticas de saúde pública para uma integração multisetorial e interdisciplinar que permita elaborar, pôr em prática e consolidar a Estratégia de Gestão Integrada (EGI) em nível sub-regional e nacional. Seu objetivo é promover a integração funcional das ações de seis componentes chave: comunicação social, entomologia, epidemiologia, laboratório, atendimento ao paciente e ambiente. Nesta data, foi estabelecida uma EGI sub-regional na América Central, e está sendo impulsionada a elaboração da EGI para o conjunto de países do MERCOSUL. Também estão em andamento 11 EGI nacionais (Brasil, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai, República Dominicana e Venezuela) e são realizadas visitas de promoção para a elaboração destas estratégias nos demais países da Região. A estratégia inclui a aplicação do método COMBI (Comunicação para Impactar Conduta em Dengue), o que substitui a estratégia de difusão de informação utilizada durante os últimos 15 anos pelos programas (108–110). Este método oferece um enfoque dinâmico das práticas e o comportamento do indivíduo e da comunidade, de modo que ambos se apropriem das medidas de prevenção e controle; foram realizadas atividades de capacitação no método COMBI em mais de 22 países da Região.

O componente de laboratório é fundamental para que os países possam fazer o diagnóstico da dengue. Com este objeto foi melhorada a capacidade técnica dos laboratórios e se busca estabelecer e melhorar o programa de proficiência dos laboratórios da Região, que conta com o apoio direto dos centros colaboradores OMS/OPAS em dengue. No âmbito regional, está sendo proposto um plano interprogramático para o manejo integrado de vetores, a fim de aplicar estratégias custo-eficazes ao controle do vetor da dengue e de outras doenças nas Américas (111, 112).

Quanto à vigilância epidemiológica, o Programa Regional de Dengue impulsionou a notificação de estatísticas sobre a dengue mediante seu DENGUE-NET (113). A Rede Internacional de Ecoclubes também está incluída entre as alianças estratégicas para a prevenção da dengue, com atividades de prevenção e controle em nível comunitário (114).

Pesquisa e desenvolvimento em dengue: desafios pendentes

A complexidade da dinâmica da transmissão da dengue motivou o estudo dos múltiplos fatores relacionados à circulação e persistência do vírus (115). Diferentes organizações e iniciativas internacionais, tais como o Programa Especial de Pesquisas e Capacitação sobre Doenças Tropicais, a Iniciativa para a Pesquisa da Vacina Pediátrica (116), a OMS e seus escritórios regionais, o Centro Internacional de Pesquisas para o Desenvolvimento do Canadá e o Programa de Pesquisas da União Européia, estão impulsionando trabalhos de pesquisa (117–119). Atualmente, o maior financiamento está centrado na pesquisa para a descoberta de vacinas de segunda geração e a busca de enfoques novos, ou a melhoria dos existentes, para o controle de vetores (118, 119).

Doença de Chagas

A doença de Chagas é uma zoonose própria das Américas, endêmica em 21 países, de transmissão vetorial e de evolução crônica, produzida pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*. Esta parasitose é consequência de condições socioeconômicas deficitárias de amplos setores da população da América Latina, fundamentalmente a que reside em áreas rurais (120). Doença de Chagas é uma infecção parasitária sistêmica e crônica, com um importante componente autoimune, na qual de 20% a 30% dos infectados desenvolvem formas graves de cardiopatia ou megaformações digestivas (megacólon ou megaesôfago) (121).

A OMS estimou que nas Américas haveria atualmente 18 milhões de infecções humanas, das quais cerca de 5,4 milhões evoluirão para cardiopatias graves e 900.000 para megaformações digestivas. Outrossim, é estimada uma incidência anual de 200.000 casos e 21.000 mortes anuais diretamente vinculadas à esta parasitose. Cerca de 40 milhões de pessoas estariam em risco de contrair a infecção na América Latina (122).

Em 1993, o Banco Mundial calculou a perda anual devida à doença de Chagas em 2,74 milhões de AVAD, o que representa um custo econômico para os países endêmicos da América Latina equivalente a mais de US\$ 6.500 milhões ao ano (123).

Em um estudo de custo-efetividade do Programa de Controle da Doença de Chagas no Brasil, realizado em 2000 (124), se concluiu que no período 1975–1995 haviam sido investidos US\$ 516,68 milhões em atividades de controle e prevenção, e que durante esse período houve 387.000 mortes por esta doença, equivalente a 17.000 óbitos anuais. De 1975 a 1995, foram prevenidas 50% das transmissões potenciais por via vetorial, o que representa 277.000 novas infecções e 85.000 óbitos. Outrossim, foram ganhos 1,62 milhões de AVAD, pela prevenção de 45% das mortes e 59% das deficiências. No caso da transmissão por transfusão, foram prevenidas 5.470 novas infecções e 200 mortes, e foram ganhos 17.900 AVAD ao prevenir 8% das mortes potenciais e 92% das deficiências.

O custo anual estimado do atendimento a pessoas com a doença de Chagas no Chile seria de US\$ 19,78 milhões e no Uruguai, de US\$ 6,10 milhões. Não obstante, os programas de controle de Chagas de ambos os países — com investimentos operacionais anuais de US\$ 2,02 milhões e US\$ 133.000, respectivamente —, conseguiram interromper a transmissão em todo seu território em 1999 no Chile e em 1997 no Uruguai (125).

As ações para prevenir e controlar a doença consistem em: a) controle integrado antivetorial de triatomíneos vetores no âmbito domiciliar, com o objetivo de eliminar os vetores alóctones e controlar as espécies autóctones; b) controle dos doadores em bancos de sangue mediante rastreamento serológico integrado a uma estratégia de sangue segura; c) controle serológico das grávidas por meio de rastreamento, para detectar infecções maternas transmissíveis ao feto por via transplacentária, e d) diagnóstico, manejo e tratamento das pessoas infectadas.

Na Região, operam na atualidade múltiplos programas nacionais de controle da doença de Chagas, com históricos diferentes e diversos graus de êxito das ações de prevenção e controle. Estes programas funcionam no marco de iniciativas sub-regionais internacionais, assim como ações de cooperação técnica horizontal. Como complemento destas iniciativas, se destaca a coordenação entre a OPAS e a OMS mediante o Programa de Controle de Doenças Tropicais Não atendidas, o que permite um alcance global da cooperação técnica.

A **Iniciativa do Cone Sul para Eliminar a Doença de Chagas** está integrada por Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai. A seguir são resumidos alguns de seus êxitos:

- 1997—No Uruguai foi interrompida a transmissão vetorial e transfusional de *Trypanosoma cruzi*.
- 1999—No Chile foi interrompida a transmissão vetorial de *T. cruzi*.
- 2000—No Brasil foi interrompida a transmissão vetorial de *T. cruzi* por *Triatoma infestans* na maior parte de sua zona endêmica.
- 2001—Na Argentina foi interrompida a transmissão vetorial de *T. cruzi* em quatro províncias endêmicas (Jujuy, Neuquén, Río Negro e La Pampa).

- 2002—No Paraguai foi interrompida a transmissão de *T. cruzi* no departamento de Amambay e é mantida a cobertura das ações de controle em boa parte de sua área endêmica.
- 2002—Na Bolívia, com apoio do Banco Interamericano de Desenvolvimento, a OPAS e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, foi estabelecido um programa de controle da doença de Chagas.
- 2004—No Rio Grande do Sul (Brasil) e Entre Ríos (Argentina) foram realizadas avaliações de situação, onde foi constatada a interrupção da transmissão de *T. cruzi*.
- 2006—No Brasil foi validada a interrupção da transmissão vetorial em 711 municípios brasileiros distribuídos em 13 estados que compreendem o total da área de dispersão de *T. infestans* da nação, com o que foi completada a interrupção em todo o país.

A **Iniciativa dos Países da América Central para a Interrupção da Transmissão Vetorial e Transfusional da Doença de Chagas** está integrada por Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá. Seus objetivos são a interrupção da transmissão vetorial e a eliminação da transmissão transfusional de *T. cruzi*; entre os êxitos alcançados que se destacam estão a ampliação da cobertura e a melhoria da qualidade das ações antivetoriais e nos bancos de sangue; também se conseguiu interromper a transmissão em algumas áreas. Além disso, o número de locais infestados com *Rhodnius prolixus* foi reduzido e este foi eliminado quase completamente em El Salvador, Guatemala, Honduras e Nicarágua; as infestações domésticas por *Triatominae dimidiata* diminuíram 60% em toda a sub-região. A aliança estratégica com a Agência Japonesa de Cooperação Internacional e a Agência Canadense de Desenvolvimento foi decisiva nesta sub-região.

A **Iniciativa Andina de Controle da Transmissão Vetorial e Transfusional da Doença de Chagas** está integrada por Colômbia, Equador, Peru e Venezuela. Considerando a diversidade ecológica, epidemiológica e de transmissão vetorial desta sub-região, se postulou adotar ações de controle com base em um enfoque de risco. Para esse fim, e para determinar a estratégia básica de controle, foi realizada uma oficina específica sobre o tema em Guayaquil, em junho de 2004. No caso do Peru, o país se integrou em uma aliança de cooperação técnica com a Agência Canadense de Desenvolvimento. Os programas nacionais de controle dos países ampliaram sua cobertura.

A **Iniciativa Intergovernamental de Vigilância e Prevenção da Doença de Chagas na Amazônia** está integrada por Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guiana Francesa, Guiana, Peru, Suriname e Venezuela. Esta iniciativa busca que sejam incorporadas as atividades de saúde já existentes e seja desenvolvido um sistema de vigilância da doença de Chagas integrado a outros que já estão operando, por meio do marco dos projetos ou organismos de integração sub-regional. A iniciativa surgiu a partir da Reunião Internacional sobre Vigilância e Prevenção de Doença de

Chagas na Amazônia realizada em Manaus, Brasil, em setembro de 2004, onde estes nove países reconheceram que a tripanossomíase americana era uma afecção com uma epidemiologia emergente para a sub-região e recomendaram criar um sistema de vigilância sensível, sustentável, adequado, eficaz, eficiente e com capacidade diagnóstica frente a novas situações (126). Brasil e Equador estão estabelecendo um sistema de vigilância em suas regiões amazônicas que está vinculado ao sistema de vigilância da malária. Todos os países na sub-região organizaram atividades de atendimento de saúde para a doença de Chagas.

No **México**, dado seu tamanho e particularidades epidemiológicas, a doença de Chagas é encarada como uma iniciativa nacional. Ainda assim, a partir de 2002 foi criado um espaço comum de deliberação com a Iniciativa dos Países da América Central para a Interrupção da Transmissão Vetorial e Transfusional da Doença de Chagas, sobre o controle e eliminação de *Rhodnius prolixus*, o que fortalece a estruturação de ações de controle. Durante a Oficina Nacional de Controle de Chagas realizada em Huatulco, Oaxaca, em setembro de 2003, o México declarou como prioridade o controle desta doença. O país fortaleceu as estratégias de controle de vetores, o rastreamento nos bancos de sangue e o atendimento das pessoas que contraíram a doença de Chagas.

Cabe mencionar que a cobertura aumentou e a qualidade do rastreamento do sangue para *T. cruzi* melhorou em todos os países endêmicos. Além disso, os esforços para coordenar e padronizar o tratamento da doença de Chagas aumentaram em todas as sub-regiões.

Na atualidade — e como consequência da evolução socioeconômica da Região, suas sub-regiões e países, e das atividades de controle e vigilância —, a tendência epidemiológica da doença de Chagas marca alguns fatos e desafios que vale a pena destacar (127):

- Melhorou o controle da doença de Chagas na Região, de forma geral e com um enfoque diferente.
- Há amplas áreas de interrupção da transmissão vetorial, como resultado das ações de controle, que coexistem com outras zonas onde a transmissão permanece ativa e a morbidade e mortalidade pela doença de Chagas é importante.
- Registra-se um fenômeno de urbanização da doença em relação à transmissão vetorial, transfusional e congênita, conseqüentes à migração do campo para a cidade.
- Aumentou ainda mais a incidência e prevalência da doença entre grupos sociais e étnicos desfavorecidos.
- Surgiram ou foram informados outros cenários ecoepidemiológicos endêmicos para Chagas, como a Sub-região Amazônica.
- Há novas modalidades de transmissão ou até agora não reconhecidas que ganham importância ou visibilidade, como a transmissão por via digestiva e os transplantes.
- É necessário melhorar a cobertura e qualidade do atendimento médico, em particular o tratamento de pessoas infectadas e doentes (128).

- A migração para países não endêmicos das Américas ou fora da Região gera necessidades de diagnóstico, atendimento e tratamento nos pontos de destino.
- Necessita-se reorganizar as ações de prevenção, vigilância, controle e atendimento da doença de Chagas, de acordo com a nova realidade epidemiológica.

ZOONOSE

O enlace entre saúde animal e humana é muito importante para a saúde pública, já que 61% de todas as espécies de organismos patogênicos para o homem são de caráter zoonótico, assim como 75% dos emergentes (129).

As ações de cooperação técnica entre os países das Américas para combater estas doenças perseguem os seguintes objetivos: finalizar a agenda inconclusa, como no caso da peste; manter os êxitos alcançados, por exemplo, na luta contra a raiva humana transmitida por cães, e enfrentar os novos desafios, como o exposto pela leishmaniose. Para várias doenças zoonóticas existem programas de prevenção e controle nos ministérios da saúde dos países da Região, que têm o apoio constante da OPAS. Entretanto, há várias zoonoses que representam riscos graves para a saúde pública e que por muitos anos permaneceram sem atenção e sem políticas definidas para seu controle.

A OPAS/OMS coordena sistemas de notificação regional, com informação periódica dos ministérios de saúde, de casos de raiva em humanos e animais (130) e casos humanos de peste (131). A informação de casos humanos e animais de outras zoonoses provém também dos ministérios da saúde e da Organização Mundial de Saúde Animal (OIE) (132).

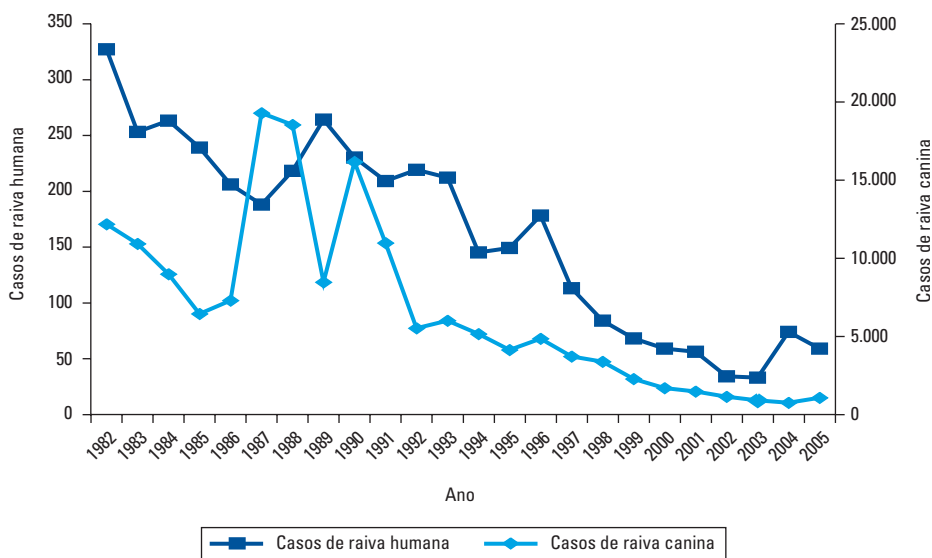
Raiva

Entre 2001 e 2005 continuou a tendência decrescente do número de casos de raiva humana transmitida por cães e do número de casos de raiva canina. Esta diminuição é resultado do esforço dos países para melhorar a vigilância epidemiológica, as campanhas massivas de vacinação canina e o tratamento às pessoas. Assim, ao analisar a tendência da raiva na Região durante o período 1982–2005, é observada uma redução dos casos humanos de 332 para 64 (81%). Uma tendência similar é observada nos casos de raiva canina, que diminuíram de 12.524 para 1.427 (89%), no mesmo período (figura 16). Em 2005, foram notificados 11 casos humanos de raiva transmitida por cães nas Américas (130).

Segundo um estudo realizado pela OPAS (133), a maior concentração de casos de raiva em humanos entre 2001 e 2003 se encontra nos grupos de população de baixas rendas localizados na periferia de grandes cidades, como Porto Príncipe, Haiti, San Salvador e em El Salvador e alguns municípios do Brasil. Nestes lugares normalmente existe uma maior concentração de cães de rua, que não são incluídos nas campanhas de vacinação. Outrossim, as condições de vida e de trabalho de seus habitantes dificultam o acesso ao tratamento em casos de mordida. Em 2004 a situação epidemiológica da raiva canina piorou consideravelmente na Bolívia, com surtos em La Paz, Cochabamba e Santa Cruz de la Sierra; neste mesmo ano foi preocupante também a situação no estado de Zulia na Venezuela.

A vigilância epidemiológica é fundamental para a situação atual da raiva na Região. No período 2001–2003, foi analisada a frequência de casos de raiva canina em relação às ações de vigilância epidemiológica, por unidades de segundo nível político-

FIGURA 16. Casos de raiva humana e canina nas Américas, 1982–2005.



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde, Sistema Regional de Vacinas, 2006.

administrativo (estados, departamentos, províncias). Esta análise permitiu classificar cinco áreas epidemiológicas diferentes na região: 1) zonas sem casos caninos há mais de 10 anos; 2) zonas sem casos caninos nos últimos três anos, que contam com uma vigilância epidemiológica adequada (igual ou maior que 0,1% de amostras anuais da população canina estimada); 3) áreas sem casos nos últimos três anos, mas com uma vigilância epidemiológica regular (entre 0,09% e 0,01% de amostras anuais); 4) zonas sem casos nos últimos três anos e sem vigilância epidemiológica (área silenciosa, abaixo de 0,01% de amostras enviadas); e 5) áreas com circulação do vírus variantes 1 e 2 na população canina (134). Também com base no estudo citado acima (134), as zonas livres de raiva canina há mais de 10 anos são Costa Rica e Panamá na América Central; grande parte do Cone Sul: Argentina (exceto a parte que faz fronteira com a Bolívia), todo o sul do Brasil, incluídos os estados de São Paulo e Rio de Janeiro, Chile, alguns departamentos do Peru e o Uruguai. No outro extremo é observada uma área com circulação ativa de vírus rábico na espécie canina focalizada em zonas geográficas delimitadas, como grande parte da Bolívia, o norte e nordeste do Brasil, áreas de El Salvador e Guatemala, o estado de Zulia na Venezuela, e a zona fronteira entre Argentina e Bolívia, Bolívia e Peru, e Guatemala e México.

Os avanços registrados no controle de raiva canina são devidos, fundamentalmente, a uma estratégia de ação sustentada em campanhas massivas de vacinação anti-rábica canina e no tratamento profilático oportuno de pessoas expostas (135). Na América Latina são vacinados a cada ano cerca de 44 milhões de cães e são atendidas aproximadamente um milhão de pessoas em risco de contrair a doença, das quais 25% recebem tratamento pós-exposição. Existe um posto de saúde com tratamento anti-rábico por cada 34 mil pessoas na América Latina (133). Para fins de detecção e vigilância, mais de 100 laboratórios nacionais e regionais integram a rede para o diagnóstico da raiva, os quais processam anualmente cerca de 74.000 amostras caninas (133).

Até 2003, o cão era o principal transmissor de raiva nas Américas. Em 2004, os casos de raiva humana transmitidos por morcegos hematófagos (vampiros) ultrapassaram pela primeira vez o número de casos de raiva humana por mordida de cão (136). Em 2005 foram notificados 51 casos de raiva humana transmitida por morcegos hematófagos, os quais ocorreram na região amazônica de Brasil, Colômbia e Peru, onde muitas pessoas foram atacadas em áreas com difícil acesso aos serviços de saúde. Ao rever algumas situações anteriores similares, mas de menor magnitude, foi observado que a maioria dos surtos analisados estava relacionada a mudanças ecológicas ou a áreas onde são realizadas certas atividades econômicas, tais como extração de ouro, desmatamento, retirada de animais e outras (137).

Peste

A peste é uma doença milenar que causou milhões de mortes no passado, principalmente em três grandes pandemias ocorri-

das nos anos 542, 1346 e 1894 (138). Ainda que na atualidade o número de casos registrados seja muito alto, a doença é um reflexo de importantes brechas na saúde em muitos países do mundo. A Organização Mundial da Saúde notifica anualmente 2.000 casos de peste em todo o mundo e nas Américas apenas cinco países registram casos: Bolívia, Brasil, Equador, Estados Unidos e Peru. Os demais países da Região são considerados livres da doença. Nos países onde a doença é prevalente existem programas regulares de controle coordenados pelos governos respectivos. Após a última situação epidêmica registrada na Área Andina em 1994, quando foram notificados 1.128 casos possíveis, o número de casos foi reduzido drasticamente. No período 2001–2005 houve uma média de 12 casos anuais notificados à OPAS pelos países com áreas endêmicas (131). O maior número de casos neste período foi informado pelo Peru em 2005, ano em que houve 16 casos de peste humana. Na América Latina a doença costuma afetar populações que vivem em áreas rurais remotas em condições de extrema pobreza, sem fácil acesso aos serviços de saúde, carentes de obras de infra-estrutura básica e em moradias vulneráveis ao Meio Ambiente e a fatores de risco epidemiológico. Nestes países o agente (*Yersinia pestis*) se sustenta em populações de roedores silvestres, os quais podem transmitir a doença através de suas pulgas (*Xenopsylla cheopis*) aos ratos domésticos (*Rattus norvegicus* e *Rattus rattus*), que se alimentam das colheitas agrícolas armazenadas no interior das moradias pelos camponeses. Nos países andinos, a cobaia doméstica (*Cavia porcellus*) faz parte da cadeia de apresentação da doença, dado o costume de criar estes animais dentro das casas. A circulação de *Y. pestis* em animais silvestres é o maior problema para a eliminação da doença.

Nas áreas endêmicas, os países mantêm programas de vigilância ativa em animais silvestres e domésticos (cão) e realizam ações contínuas de controle de roedores domésticos e de pulgas. Reconhece-se, entretanto, que a abordagem e solução integral para este problema de saúde deveria incluir políticas de redução da pobreza, inscritas nos compromissos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, assim como a participação ativa dos governos locais e a ação conjunta dos setores de saúde, agricultura e moradia, somadas à ativa organização e participação da comunidade.

Leishmaniose visceral

Na América Latina, a leishmaniose visceral (LV) é endêmica e foram detectados fatores de risco em áreas da Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua e Venezuela. A maioria dos casos da Região foi notificada pelo Brasil, com uma média anual de 3.000 casos (139). O Brasil tem um programa e sistema de vigilância epidemiológica para esta doença desde a década de 1980, mas isto não ocorre em todos os países.

A doença era caracteristicamente rural até anos recentes, quando começou a ser notificada em áreas urbanas de grandes

idades da Região. Possivelmente estas mudanças estão associadas a problemas socioeconômicos que aumentam a migração das áreas rurais para as urbanas, e a mudanças no Meio Ambiente que favorecem a multiplicação do agente e do vetor.

Os animais, particularmente os cães, são o principal reservatório (o homem não é reservatório de LV, a menos que esteja associado com outros problemas de saúde), motivo pelo qual a transmissão é fundamentalmente zoonótica. As pessoas infectadas simultaneamente pelos agentes da leishmaniose e da AIDS podem apresentar cargas altas de leishmânias no sangue e transformar-se em reservatórios. Isto acarreta dificuldades específicas para o diagnóstico e tratamento de pacientes co-infectados e o risco de que sujam surtos de origem antroponótica.

A identificação e mitigação dos fatores de risco da leishmaniose são vitais para minimizar seu impacto na saúde pública. Para isso é requerida uma coordenação multidisciplinar eficiente para o controle de vetores; a diminuição da infecção nas populações animais que atuam como reservatórios e o diagnóstico e tratamento eficaz e oportuno das pessoas infectadas.

Equinococose/Hidatidose

A equinococose policística representa um importante problema econômico e de saúde pública naquelas regiões do mundo com uma economia basicamente bovina. A América do Sul é considerada uma das zonas do mundo mais afetadas pela doença, ainda que não existam estatísticas consolidadas de incidência, devido às diferenças metodológicas da incorporação de dados (140). Na região das Américas se encontram presentes três espécies do gênero *Echinococcus*: *E. granulosus*, *E. oligarthus* e *E. vogeli*, mas a primeira possui maior importância porque é a única prevalente no homem e os animais; além disso, tem um impacto socioeconômico e produtivo a escala de problema de saúde pública, que se perpetua principalmente mediante ciclos cão-ovino naquelas zonas onde a doença é endêmica, ainda que também possam intervir outros ruminantes e porcos (138). As espécies *E. vogeli* e *E. oligarthus*, causadores da hidatidose policística, se encontram principalmente na América Central e norte de América do Sul (Brasil, Colômbia, Equador, Venezuela) e são mantidos principalmente mediante ciclos nos quais intervêm hospedeiros silvestres. A espécie *E. multilocularis* é causadora da equinococose alveolar que ocorre principalmente nas zonas árticas da América do Norte. As regiões mais afetadas de América do Sul são Argentina (as províncias de Rio Negro, Chubut, Terra do Fogo, Corrientes e Buenos Aires); Brasil (o estado Rio Grande do Sul); Chile (principalmente as regiões VII, X, XI, XII); Uruguai e as regiões montanhosas do Peru e Bolívia (140).

Na atualidade, existe uma iniciativa internacional de cooperação entre países para o controle e a vigilância desta infecção, cuja secretaria técnica está constituída pela OPAS e a FAO. O Projeto Sub-regional Cone Sul de Controle e Vigilância da Hidatidose (Argentina, Brasil, Chile e Uruguai) coordenou desde 2004 diver-

sas ações entre os programas nacionais de controle de cada país membro (140).

Brucelose

A brucelose bovina por *Brucella abortus* foi eliminada em 1989 do Canadá, em 1994 da Jamaica (4) e desde 2003 é considerada limitada nos Estados Unidos (141). Na América Latina ocorre na maioria dos países. A brucelose transmitida ao homem por espécies de gado menor também é um grave problema para a saúde pública em vários países. Segundo reportações à OIE, a brucelose caprina e ovina não é um problema no Brasil desde 2001, no Chile desde 1975, no Panamá desde 2001, e nos Estados Unidos desde 1999. Até 2004 foram registrados casos em cabras e ovelhas em áreas limitadas da Argentina, México e Peru (132). Em relação à brucelose suína, presumivelmente causada por *B. suis*, até 2004 nunca havia havido casos em Barbados, Belize, Canadá, Costa Rica, Guatemala, Haiti, Ilhas Malvinas, Ilhas Virgens Britânicas, Jamaica, São Vicente e Granadinas, e Trinidad e Tobago. O último caso ocorreu no Brasil em 2003, no Chile em 1987, e no Panamá em 2001. A doença ainda é observada na Argentina, Cuba, México (limitada a certas regiões), Nicarágua, Uruguai e Venezuela (limitada a certas regiões) (132).

A notificação de casos humanos de brucelose não está suficientemente sistematizada e se calcula que o número de casos não diagnosticados ou não notificados deve ser considerável na maioria dos países (142).

Tuberculose bovina

A tuberculose bovina está sendo eliminada do Canadá e dos Estados Unidos, onde as áreas não certificadas como livres estão confinadas. Segundo as reportações dos países à OIE, até 2004 a doença não havia sido registrada em Barbados desde 1978, em Belize desde 1991, na Jamaica desde 1989, e em Trinidad e Tobago desde 2001. Foram registrados casos da doença na Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Guatemala, República Dominicana, Uruguai e Venezuela. Registra-se como limitada a certas zonas na Bolívia, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai e Peru (132). Os planos de controle da tuberculose bovina na América Latina estão baseados na segregação dos animais positivos ao teste de tuberculina. Assim como no caso da brucelose bovina, é benéfica a participação dos veterinários privados credenciados pelos serviços veterinários e apoiados pelo setor privado, fundamentalmente na indústria de laticínios. Considera-se imprescindível contar com sistemas que permitam segregar efetivamente os animais positivos aos testes de tuberculina.

A inspeção de matadouros é a principal atividade de vigilância da tuberculose bovina realizada pelos serviços veterinários na América Latina (143). A transmissão entérica do *Mycobacterium bovis* ao homem é produzida fundamentalmente pelo consumo de leite cru de vacas tuberculosas. A pasteurização obriga-

tória do leite foi a principal medida preventiva desde a década de 1950; entretanto, o risco de tuberculose por *M. bovis* persiste mesmo em países industrializados, pois em certas zonas rurais é consumido leite cru. Portanto, se considera que a eliminação da tuberculose bovina é uma condição necessária para eliminar a tuberculose humana por *M. bovis* de forma sustentável (143).

HIV/AIDS E OUTRAS INFECÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL

O período 2001–2005 esteve marcado por várias forças positivas em nível mundial e regional,¹⁰ que terão uma repercussão direta na vida da população caso sejam mantidas e ampliadas. Os aumentos substanciais de cada ano no financiamento para apoiar os esforços regionais e nacionais, junto com o maior Compromisso do governo, a sociedade civil, o setor privado e a comunidade de desenvolvimento internacional, podem mudar o curso das epidemias de HIV/AIDS e infecções de transmissão sexual (ITS) nas Américas. Este período viu uma renovação da resposta do setor saúde: em nível mundial com o lançamento da Iniciativa “3 por 5” da OMS e o ONUSIDA; em nível regional com o lançamento do Plano Regional de HIV/ITS para o Setor Saúde 2006–2015 da OPAS, e em nível de país com o aumento dos serviços de saúde, em particular do tratamento. Os desafios para o setor saúde são fortalecer sua capacidade para a execução das intervenções de saúde pública, conseguir maior repercussão ao reduzir significativamente o número de novas infecções por HIV, assim como proporcionar atendimento e apoio aos que vivem com HIV. A busca do acesso universal à prevenção, ao atendimento e ao tratamento será o foco das intervenções do setor saúde no próximo decênio.

Panorama epidemiológico da infecção por HIV/AIDS e ITS

Segundo estimativas da OMS e o ONUSIDA, no final de 2005 havia aproximadamente 3.230.000 pessoas com HIV nas Américas (144), das quais 60% (1.940.000 milhões) estavam na América Latina e Caribe. A epidemia está se estendendo; durante 2005 houve pelo menos 220.000 novos casos de infecção pelo vírus e até dezembro do mesmo ano havia sido notificado um número acumulativo de 1.540.414 casos de AIDS, dos quais 30.690 (2%) correspondiam a menores de 15 anos de idade. Estima-se que estas cifras distam muito da realidade, devido ao baixo registro e à demora na notificação. A epidemia na América Latina e Caribe é diversa e coexistem todos os modos de transmissão. Dentro desta região, o Caribe é o mais afetado, já que ocupa o segundo lugar entre as 10 regiões do mundo com maior prevalência da

infecção pelo HIV, com taxas em adultos de 2%–3%. A epidemia no Caribe é generalizada, enquanto que na maioria da América Latina e América do Norte é concentrada.¹¹

A OPAS/OMS e o ONUSIDA informaram (145) que os quatro grupos que com maior frequência têm taxas de prevalência maiores de 5% em uma epidemia concentrada são os homens que mantêm relações sexuais com homens (HSH), os trabalhadores do sexo, os usuários de drogas injetáveis e as trabalhadoras do sexo (quadro 15). Pesquisas recentes mostraram taxas de prevalência da infecção pelo HIV entre os homens que mantêm relações sexuais com homens tão altas como 17,7% em El Salvador e 15% no México, ainda que também sejam elevadas na Área Andina (por exemplo, em Lima, Peru, foi 21% em 2002). Em Porto Rico, 50% de todas as infecções pelo HIV estavam associadas ao uso de drogas injetáveis em 2003. Na Argentina, a taxa de prevalência da infecção pelo HIV entre os usuários de drogas injetáveis foi 7,8%, comparada com 0,3% entre as grávidas em 2003. Um estudo multicêntrico recente realizado na América Central mostrou que a prevalência da infecção pelo HIV entre as trabalhadoras do sexo variava de menos de 1% na Nicarágua a mais de 10% em Honduras. Na República Dominicana, as taxas de prevalência do HIV nas trabalhadoras do sexo variaram entre 4,5% e 12,4% em 2000; na Jamaica, a prevalência neste mesmo grupo foi 10% em Kingston e 20% em Bahia Montego, em 2001. No Suriname, 21% das trabalhadoras do sexo estavam infectadas pelo HIV em 2003, enquanto que no país vizinho, Guiana, a taxa de prevalência no mesmo grupo foi 31% em 2000.

Outros grupos com altas taxas de prevalência de infecção pelo HIV são os prisioneiros, os trabalhadores migratórios, os membros das forças armadas, os caminhoneiros e outros trabalhadores de transporte, e os mineiros e outros trabalhadores em ambientes isolados (145). A prevalência da infecção pelo HIV entre os prisioneiros é muito alta em toda a Região. No Caribe, uma série de pesquisas realizadas em 2004–2005 mostrou que as taxas de prevalência entre os prisioneiros variavam entre 2% e 4%, enquanto que na Argentina e República Dominicana eram 19% e 18,4%, respectivamente. De maneira similar, a taxa de infecção pelo HIV nos trabalhadores migratórios mexicanos que viajam para os Estados Unidos é 10 vezes maior que a taxa nacional no México. A soroprevalência de HIV entre os trabalhadores migrantes na Guiana foi 6% em 2001 (146).

Ainda que uma proporção importante de países ainda mostre epidemias concentradas, na maioria dos países da Região, com poucas exceções, a tendência é a mudança para epidemias gene-

¹⁰Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio; a Declaração de compromisso na luta contra o HIV/AIDS e o Compromisso no Acesso Universal de UNGASS, em junho de 2001; a Iniciativa “3 por 5” de OMS/ONUSIDA em dezembro de 2003; a Cúpula das Américas; e o Plano Regional de HIV/ITS para o Setor da Saúde 2006–2015 da OPAS/OMS.

¹¹ONUSIDA e a OMS classificaram recentemente as epidemias de infecção pelo HIV em três categorias: incipiente, concentrada e generalizada. Na primeira, a prevalência de infecção pelo HIV não excedeu 5% em qualquer subpopulação definida, ainda que possa haver existido durante muitos anos. Em uma epidemia concentrada, o HIV se propagou substancialmente e a prevalência da infecção é sistematicamente 5% em pelo menos uma subpopulação definida, ainda que esteja abaixo de 1% nas grávidas nas zonas urbanas, mas não está bem estabelecido na população geral. Em uma epidemia generalizada, o HIV está firmemente estabelecido na população geral e a prevalência é sistematicamente 1% nas grávidas.

QUADRO 15. Prevalência de HIV em homens que mantêm relações sexuais com homens e trabalhadoras do sexo, segundo várias pesquisas, países de América Central e Área Andina.

	Número de Entrevistados	Porcentagem con HIV
Homens que mantêm relações sexuais com homens		
El Salvador (2002)	356	17,7%
Guatemala (2002)	165	11,5%
Honduras (2001)	349	13%
Capital política (Tegucigalpa)	171	8,2%
Capital econômica (San Pedro Sula)	178	16,0%
Nicarágua (2002)	199	9,3%
Panamá (2002)	432	10,6%
Bolívia (La Paz, 1999–2001)	48	14,6%
Santa Cruz (2001–2002)	186	23,7%
Outras 3 cidades (2002)	52	15,4%
Colômbia (Bogotá, 2002)	660	19,7%
Equador (Quito, 1999–2001)	263	14,4%
Guayaquil (1999–2001)	227	27,8%
Outras 4 cidades portuárias (2001–2002)	142	2,8%
Peru (Lima, 1999–2000)	7.041	13,7%
Províncias (rural, 1999–2000)	4	6,1%
Trabalhadoras do sexo		
El Salvador (2002)	491	3,6%
Guatemala (2002)	536	4,5%
Honduras (2001)	535	n/a
Capitais (2001)	369	10,9%
Portos (Porto Cortés, San Lorenzo (2001)	163	8,2%
Nicarágua (2002)	463	n/a
Capital (Managua, 2002)	324	0,0%
Portos (Corinto, Bluefields, 2002)	139	1,4%
Panamá (2002)	432	n/a
Capital (Panamá, 2002)	291	1,9%
Colón (2002)	141	2,1%
Bolívia (Santa Cruz, 2001)	195	0,5%
3 cidades na fronteira com Argentina (2002)	77	0%
Colômbia (Bogotá, 2001–2002)	514	0,8%
Equador (Quito, 2001–2002)	200	0,5%
Guayaquil (2001–2002)	1.047	2,1%
Peru (Lima, 1999–2000)	3.347	1,6%
Províncias (rural, 1999–2000)	4.930	0,6%
Venezuela (Ilha Margarita, 2002)	652	0,0%

Fontes: Montano, SM et al (2005). Prevalences, Genotypes, and Risk Factors for HIV Transmission in South America. *Journal of Acquired Deficiency Syndrome*. Vol 1. N°. September 2005.

Central American Multi-site HIV/STI Prevalence and Behaviour Study (results published in 2003 and available, by country, at: http://pasca.org/english/estudio_informes_eng.htm).

realizadas (144). Em 2005, 30% dos adultos com HIV nas Américas foram mulheres, de 25% na América do Norte a 31% e 51% na América Latina e Caribe, respectivamente (144). A razão homem:mulher nos casos notificados de AIDS está diminuindo

rapidamente na Região. Em nível regional, de todos os casos notificados de adultos (nos quais é especificado o gênero), a proporção de mulheres aumentou de 6,1% antes de 1994 para 15,8% em 1999 e 16,5% em 2002. A razão homem:mulher no Brasil diminuiu de 24:1 em 1985 para 1,5:1 em 2004; na Argentina, de 15:1 em 1985 para 2,5:1 em 2004; e em Trinidad e Tobago, de 6,25:1 em 1985 para 1,5:1 em 2002 (146). Os jovens são cada vez mais afetados pela epidemia. O UNUSIDA calculou que na América Latina e Caribe, o número de crianças menores de 15 anos com HIV aumentou de 130.000 em 2003 para 140.000 em 2005. Em relação à infecção pelo HIV na população indígena, existem limitados dados recentes; entretanto, o Canadá informou que esse grupo é afetado desproporcionalmente pelo HIV (146).

Até esta data, a maioria das infecções eram devidas às relações sexuais sem proteção; entretanto, em vários países do Cone Sul, o uso de drogas injetáveis é o principal fator determinante na transmissão (144).

Apesar da introdução dos anti-retrovirais (ARV), as mortes devidas à AIDS continuam aumentando na Região (144).

O número estimado de óbitos devidos à AIDS em adultos e crianças aumentou de 97.000 em 2003 para 104.000 em 2005. Entretanto, em alguns países com introdução precoce de ARV (Bahamas, Brasil, Canadá e Estados Unidos) foi observada uma diminuição na mortalidade notificada (146).

Co-infecção de HIV e tuberculose

Em 2005 quase todos os países da Região informaram taxas de prevalência de infecção pelo HIV nos pacientes com tuberculose, as quais variam de menos de 1% em alguns países com baixo nível ou com epidemias concentradas, a mais de 30% em alguns países do Caribe de fala inglesa que oferecem de maneira rotineira testes de detecção do HIV aos doentes de tuberculose.

Infecções de transmissão sexual

Ao mesmo tempo em que responde à ameaça apresentada pela epidemia de infecção pelo HIV, a Região continua enfrentando o desafio da propagação das ITS. Calcula-se que 50 milhões de novos casos de ITS são apresentados a cada ano nas Américas. Pesquisas realizadas em alguns países do Caribe descobriram que a epidemia de infecção pelo HIV afetou seriamente os pacientes com ITS. Em vários casos, as taxas de prevalência de HIV são de 2 a 6 vezes maiores nos pacientes com ITS que na população geral. A magnitude da epidemia de ITS na Região é difícil de medir devido aos dados limitados, à subnotificação e aos pontos fracos dos sistemas de vigilância. Os dados de diferentes países obtidos por diversos métodos podem ilustrar o problema. Em um centro sentinela no Chile houve 10.525 consultas por ITS entre 1999 e 2003, nas quais 22% dos pacientes foram diagnosticados com condiloma, 10,4% com sífilis latente e 10,1% com gonorréia. Uma situação similar em relação aos casos de gonorréia e sífilis foi observada entre os pacientes com ITS na Nicarágua durante o período 2000 a 2002. Em uma pesquisa de base popu-

QUADRO 16. Prevalência de sífilis em mulheres grávidas e de sífilis congênita em países informantes da América Latina e Caribe, 2004.

País	Ano	Prevalência de sífilis em mulheres grávidas (%)	Sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos)	Método
Bahamas	2004	2,4	1,3	Rotina
Belize	2004	1,5	0,13	Rotina
Bolívia	2004	4,9	12	Entrevista
Brasil	2004	1,6	4	Rotina
Costa Rica	2004	NA	1,3	Rotina
Cuba	2003	1,8	0	Rotina
Equador	2002	NA	1,11	Rotina
El Salvador	2003	6,2	0,9	Rotina
Haiti	2004	4,2	NA	Entrevista
Honduras	2003	3,5	2,5	Rotina
Jamaica	2003	NA	0,7	Rotina
México	2004	0,62	0,06	Rotina
Nicarágua	2004	NA	0,06	Rotina
Panamá	2004	0,4	0,1	Rotina
Paraguai	2003	6,3	1,9	Rotina
Peru	2004	1	1,7	Rotina

Fontes: Ministérios da Saúde dos países e Conselho de População da Bolívia.

lacional (147) realizada em 2004 em adultos de Barbados, foi verificado que 14,3% dessa população estava infectada por gonorréia ou clamídiase. Nos Estados Unidos, os casos de sífilis primária e secundária diminuíram entre 1990 e 2000; entretanto, o número de casos anuais de sífilis aumentou durante o período 2000–2002 e continuou aumentando desde 2002 (6.862 casos) até o final de 2003 (7.177 casos) (148). Pesquisas realizadas para determinar a prevalência de sífilis entre diferentes populações com maior risco demonstraram que os grupos vulneráveis na América Latina são afetados em grande medida pelas ITS. Por exemplo, em 2003 a prevalência de sífilis no Paraguai foi 4,33% entre os doadores de sangue e 6% entre as grávidas, em comparação com uma taxa de prevalência alta de 37,4% entre as trabalhadoras do sexo. Em 2004, uma pesquisa conduzida pelo Ministério de Saúde da Guiana verificou que 27% das trabalhadoras do sexo tinham sífilis. Durante 2003, 11 países latino-americanos e do Caribe notificaram um número total de 15.570 casos de sífilis congênita; entretanto, para esse mesmo ano a OPAS estimou que teriam sido apresentados 110.000 casos, pelo alto nível de subnotificação dos casos de sífilis congênita. A prevalência de sífilis entre as grávidas e a incidência de sífilis congênita são resumidas no quadro 16. Nos países onde os casos de sífilis congênita são notificados anualmente, é observada uma tendência ao aumento. Na Venezuela, o número de casos aumentou de 50 em 2000 para 135 em 2002 e no Brasil, a taxa de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos aumentou de 1 em 2001 para 1,5 em 2003. A cober-

tura e o acesso aos serviços de rastreamento e tratamento de sífilis continuam sendo temas importantes de saúde pública na Região, mesmo nos países que ampliaram seus serviços para prevenir a transmissão materno-infantil do HIV (por exemplo, em 2003 apenas 17,3% das grávidas diagnosticadas com sífilis receberam tratamento, mesmo quando a taxa de cobertura de rastreamento de sífilis no Brasil é de 56,5%).

Fatores determinantes socioeconômicos e fatores multiplicadores para a transmissão do HIV

A marginalização socioeconômica aumenta a vulnerabilidade à infecção por HIV; esta vulnerabilidade, combinada com iniquidades de gênero e uma tendência a incorrer em comportamentos de risco, incluído o sexo sem proteção e o uso de álcool e drogas, tornam os menores de 25 anos — que representam 30% da população na Região (146) — sumamente suscetíveis ao HIV e às ITS. Em uma pesquisa realizada pela OPAS/OMS no Caribe em 2003, cerca de um terço dos jovens (idades entre 10–18) informou ter sido sexualmente ativo. Destes, quase a metade disse que sua primeira experiência sexual havia sido forçada e quase dois terços mencionaram que tiveram relações sexuais antes dos 13 anos de idade. Dos jovens sexualmente ativos, apenas um quarto usou sempre um método de controle da natalidade. Muitos dos sexualmente ativos mencionaram sua preocupação acerca de contrair a AIDS, mas apenas pouco mais da metade usou preservativo durante sua última relação (149). Na América Latina e Caribe, entre um quarto e dois terços das mulheres jovens se casam durante a adolescência (150). O casamento das mulheres antes dos 18 anos de idade as coloca em maior risco de infecção pelo HIV que as solteiras sexualmente ativas (151). Muitas mensagens de prevenção da AIDS, tanto nacionais como internacionais, promovem a abstinência sexual até o casamento, o que pode ser interpretado como que protege completamente contra o HIV (150); nesse sentido, para muitas adolescentes o casamento é uma transição da virgindade ao sexo freqüente sem proteção. Um exame recente dos adolescentes em nível mundial verificou que “há motivos para pensar que os casamentos das mulheres jovens com homens mais velhos são menos equitativos” que outros casamentos (152).

As crianças órfãs por causa do HIV estão em desvantagem; mesmo as que não estão infectadas carecem do apoio e ânimo oferecidos por um ambiente familiar estável, o que pode aumentar sua vulnerabilidade e a probabilidade de que incorram em comportamentos de alto risco. Para aqueles com HIV, as formulações pediátricas de anti-retrovirais continuam sendo sumamente inadequadas. Apenas alguns dos ARV nas diretrizes atuais da OMS estão disponíveis em formas farmacêuticas acessíveis, factíveis ou aceitáveis para seu uso nos lactantes e crianças pequenas. O mercado mundial para os medicamentos pediátricos contra a AIDS não é atrativo para as companhias de originais ou genéricos; nos países ricos estão nascendo poucas crianças com HIV, e nos países em desenvolvimento, onde está a maioria das

crianças infectadas, as formulações pediátricas não são consideradas uma prioridade ou um mercado lucrativo (153).

A iniquidade de gênero continua sendo um tema central em relação ao HIV na Região. Em 2005, mais de um terço das novas infecções pelo HIV em todo o mundo ocorreram em mulheres com parceiros de muito tempo (144). Na América Latina e Caribe, um grande número das mulheres com HIV foram infectadas por seus esposos ou parceiros regulares; por exemplo, na Colômbia em 2005, tinham relações estáveis 72% das mulheres que se tornaram soropositivas ao HIV nos projetos para prevenir a transmissão do HIV da mãe para o filho, e 90% se descreveram como “donas de casa” (144). As principais intervenções que têm uma repercussão sobre a transmissão do HIV — como a abstinência sexual, as relações sexuais com um único parceiro não infectado ou o uso de preservativos masculinos — a muitas vezes estão fora do controle das mulheres devido a uma variedade de normas e condições sociais. Na maioria dos países da Região, os homens têm o poder nas relações sexuais e as mulheres estão em desvantagem para proteger-se do HIV (154). O uso do preservativo feminino é difícil sem o conhecimento e consentimento do parceiro sexual, e talvez muitas mulheres tenham que recorrer à transa ou ao trabalho sexual para a sobrevivência econômica. “Para muitas mulheres, os atuais métodos de prevenção são inadequados, já que muitas vezes não têm o poder social e econômico para recusar as relações sexuais ou negociar o uso de preservativos” (155).

Uma alta prevalência de violência e coação sexual também põe as mulheres em risco. Há uma conexão entre o HIV e a violência de gênero (GBV, por sua sigla em inglês) (156, 157). As mulheres e as adolescentes ameaçadas pela violência e a violação, incluídas as mulheres casadas, não podem negociar o uso de preservativos. Um estudo no Haiti entre mulheres casadas de 15–19 anos de idade verificou que, nos últimos 12 meses, 25% haviam sofrido violência por parte de seus esposos, muitas vezes sexual (158). Deve-se mudar as normas sexuais que validam o sexo coercitivo, a aceitabilidade de GBV contra os trabalhadores do sexo e a violência de gênero masculina (159). A GBV também é realizada contra as populações homossexuais, lesbianas, bissexuais e transgênero na Região. A homofonia representa um risco ao ignorar as necessidades de saúde dos homens que mantêm relações sexuais com outros homens. Também é prejudicial a idéia de que “ser homem” é manter relações sexuais com múltiplas parceiras sexuais femininas (160). A discriminação força os homens que desejam ter relações sexuais com outros homens à clandestinidade e a negar a existência do comportamento de risco; isto impede que os programas de prevenção os incluam e põe em risco suas parceiras sexuais femininas, que desconhecem essa situação. Na Região, as normas de gênero predominantes ditam múltiplas parceiras sexuais para os homens como uma maneira de validar sua masculinidade, ainda que validem a ignorância sexual e a submissão para as jovens e as mulheres, o que pode conduzir a maiores taxas de HIV (161). Um estudo de 148

mulheres soropositivas ao HIV em São Paulo, Brasil, verificou que mais da metade (53%) não se consideraram em risco de infecção pelo HIV antes de saber que eram positivas; 29% das 148 mulheres soropositivas ao HIV pesquisadas só se submeteram ao teste depois de que seus parceiros ficaram doentes (162). As pesquisas de demografia e saúde na Região revelaram que a probabilidade de revelar um maior número de parceiros sexuais ocasionais no ano anterior foi 4 a 5 vezes maior nos homens que nas mulheres.

A mobilidade das populações desempenha um papel importante na propagação do HIV. As populações móveis, incluídos os trabalhadores migratórios, são vulneráveis devido às complicações da pobreza, à falta de acesso aos serviços e à falta de informação, assim como à natureza transitória de suas relações e os períodos longos longe das famílias, o que dá lugar à maior participação no “sexo transacional” ou por troca. Os trabalhadores migratórios que não têm comprovação legal de residência no país anfitrião podem encontrar dificuldades para receber serviços de atendimento de saúde ou podem hesitar em buscá-los por medo da deportação (146).

O uso de drogas injetáveis desempenha um papel importante na propagação da epidemia, em particular na América do Norte e Cone Sul (principalmente no Brasil). Em algumas cidades do Brasil, a taxa de prevalência de infecção pelo HIV entre os usuários de drogas injetáveis foi 60 vezes maior que na população geral em 2004. Ainda que o uso de drogas injetáveis tenha se transformado em um fator significativo na epidemia regional, com taxas de infecção que atingem 60% em algumas cidades, é limitado o apoio político para a elaboração de programas que abordem este tema.

A resposta do setor saúde: êxitos chave

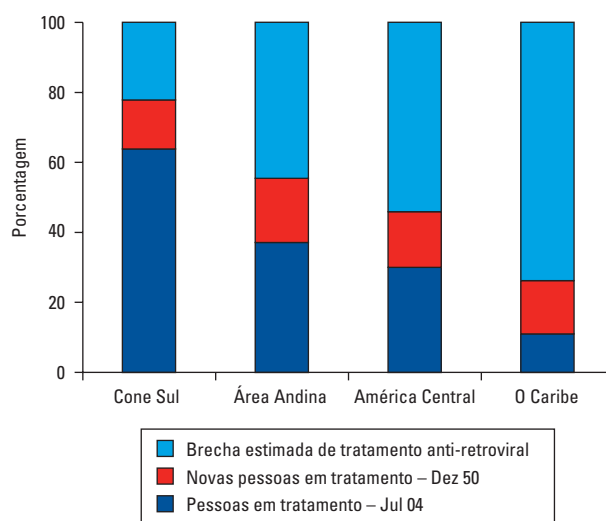
Desde o começo da epidemia, a Região das Américas respondeu velozmente aos desafios da infecção pelo HIV. O setor saúde estabeleceu e manteve programas nacionais contra a AIDS. Na maioria dos países, também existem mecanismos para a colaboração intersectorial na forma de comitês ou conselhos nacionais da AIDS. Na América Latina e Caribe, pelo menos 15 países têm redes nacionais e organizações sociais e comunitárias interessadas na infecção pelo HIV/AIDS, com inumeráveis áreas de concentração, incluída a promoção da causa, a promoção da adesão ao tratamento, a pesquisa operacional e perspectivas mais integradas. Vários países da Região estão fazendo frente à epidemia de infecção pelo HIV mediante um enfoque integral que procura pôr o mesmo peso nos esforços de prevenção e tratamento. A maioria dos países executou com êxito as intervenções de prevenção, com um efeito positivo. No Haiti, a porcentagem de grávidas que têm HIV diminuiu à metade de 1993 a 2003–2004 (144), apesar do Haiti ser um dos países mais pobres na Região. Programas como o de orientação e testes voluntários (OPV) e o de orientação e testes iniciados pelos fornecedores de atendi-

mento foram eficazes na mudança de comportamento para reduzir a transmissão do HIV. Em um teste aleatorizado de controle no Quênia, Tanzânia e Trinidad e Tobago foi verificado que os indivíduos que receberam OPV mudaram significativamente seus comportamentos de risco, comparados com os que só receberam educação sanitária. Por exemplo, a proporção de pessoas que informaram haver tido relações sexuais sem proteção com parceiros não primários diminuiu 35% nos homens e 39% nas mulheres que receberam OPV, comparado com 13% (tanto em homens como em mulheres) que só receberam educação sanitária (163).

Os programas de saúde que aumentaram o acesso aos preservativos e às campanhas dos meios de comunicação que promovem seu uso deram lugar a uma maior utilização de preservativos. No Brasil, em 2004, informaram que empregavam o preservativo de maneira regular com parceiros ocasionais 51,6% dos adultos de 15 a 54 anos de idade, 58,4% dos adultos jovens de 15 a 24 anos e 66,9% dos homens que mantêm relações sexuais com homens; nas mesmas faixas etárias e no mesmo ano, 76,0%, 74,1% e 80,7% informaram o uso de preservativo na última relação com um parceiro ocasional (164). A educação sobre sexualidade demonstrou atrasar a iniciação das relações sexuais e reduzir o comportamento de risco. A formação de aptidões foi mais eficaz que apenas fornecer informação. Em 2005 foi realizada uma revisão de 83 avaliações de programas de estudos (incluindo 18 realizados no Brasil, Chile, Jamaica e México), em relação aos esforços para reduzir os comportamentos de risco sexual dos adolescentes, que incluíam a promoção da abstinência, mas também a contracepção e o uso de preservativos. Os resultados da revisão mostraram que muitos programas tiveram efeitos positivos sobre os conhecimentos, os valores, as atitudes, as intenções, a auto-eficácia e a conscientização acerca dos riscos (165). Os estudos de avaliação verificaram um aumento significativo no uso de preservativos e nenhum verificou um uso reduzido; a metade dos estudos verificou uma redução significativa de comportamentos sexuais arriscados e nenhum verificou um aumento dos referidos comportamentos (165). Entretanto, não se demonstrou que a educação exclusivamente sobre a abstinência retarde o início das relações sexuais (167,168). Um exame da repercussão dos programas sobre comportamentos de risco baseados na abstinência em países em desenvolvimento verificou poucos dados probatórios da eficácia deste tipo de programas para mudar o comportamento individual (168). As intervenções para grupos vulneráveis específicos foram eficazes. O Brasil manteve com êxito a prevalência do HIV a uma taxa baixa e estável de 6% entre os trabalhadores do sexo, 74% dos quais informaram em 2004 o uso constante de preservativos com clientes (164). Os serviços de prevenção da transmissão materno-infantil deram lugar a uma redução significativa do número de crianças infectadas pelo HIV em alguns países da Região (146).

O Relatório “3 por 5” da OPAS/OMS (*Toward Universal Access to HIV Prevention, Care and Treatment: 3 by 5 Report for the Americas*) mostrou que todos os países da Região obtiveram uma acele-

FIGURA 17. Porcentagem de pessoas com anti-retrovirais e brecha de tratamento por sub-região,^a 2004–2005.



^aNão inclui Brasil, Canadá, Estados Unidos e México.

Fonte: PAHO/WHO. *Toward Universal Access to HIV Prevention, Care and Treatment. 3 by 5 Report for the Americas.*

ração sem precedentes na provisão do tratamento anti-retroviral, especialmente durante 2004 e 2005; outrossim, a meta de proporcionar tratamento pelo menos a 600.000 pessoas que o requerem na Região foi cumprida e até excedida. Desde janeiro de 2004, mais de 100.000 novos tratamentos foram iniciados somente na América Latina e Caribe. Entretanto, há brechas importantes na Região (figura 17). Pela primeira vez na história, a Região tem acesso aos recursos necessários para começar a ajustar a magnitude da necessidade de atendimento e o tratamento. O Fundo Mundial proporcionou US\$ 480 milhões a 28 países da Região, assim como a entidades sub-regionais como a Parceria Pan-caribenha contra o HIV/AIDS (PANCAP, por sua sigla em inglês). E mais, os preços baixos obtidos mediante negociações entre os países e as companhias farmacêuticas deram lugar a preços consideravelmente reduzidos para tratamento anti-retroviral (TAR) de primeira linha. Em vários países da Região onde se proporcionou TAR durante vários anos por meio do sistema de saúde, foram observadas notáveis diminuições nas taxas de mortalidade; por exemplo, nas Bahamas, Brasil, Canadá, Costa Rica, Estados Unidos e Haiti. Estes países reconheceram desde o início que o tratamento é chave para a prevenção e o controle, assim como para seu efeito direto e positivo na vida das pessoas com HIV. Desde a introdução do TAR nas Bahamas, para 2003 os óbitos por AIDS haviam sido reduzidos 56% no geral e 89% entre as crianças.

Completar a agenda inconclusa: 2006 e mais adiante

A repercussão negativa da epidemia de infecção pelo HIV sobre as tendências demográficas na Região esteve bem docu-

mentada. Se as tendências atuais continuarem, para o final de 2010 a expectativa de vida será reduzida pelo menos 10 anos devido à AIDS nos países muito afetados como as Bahamas, Guiana e Haiti. Segundo as projeções da OPAS/OMS (146), para deter e reverter a propagação do HIV para 2015 (objetivo de desenvolvimento do milênio 6), as novas infecções terão que ser reduzidas 50% para 2010, e 50% adicional para 2015. Isto só será possível ao fortalecer a resposta do setor saúde, a fim de ampliar as atividades de atendimento da infecção por HIV/AIDS na Região. Na maioria dos países, os serviços ainda se centralizam nos consultórios especializados localizados nas cidades grandes, e a integração dos serviços ao nível primário de atendimento é ainda muito limitada. A prestação de serviços verticais em clínicas especializadas em HIV e infecções de transmissão sexual é uma barreira conhecida para o acesso ao atendimento, dado que isola ainda mais as pessoas que sofrem destas doenças e pode inclusive perpetuar o estigma e a discriminação.

A demanda de orientação e testes voluntários, essencial para a detecção precoce dos indivíduos soropositivos ao HIV, também é comprometida devido à limitada disponibilidade de serviços de qualidade ao nível da comunidade, apoiados por sistemas de referência apropriados. Ainda que a prevenção seja fundamental para o êxito da luta contra o HIV, os serviços de atendimento primário de saúde não estão dotados para prestar serviços de prevenção integrais a grupos vulneráveis como os jovens, os usuários de drogas injetáveis, os homens que mantêm relações sexuais com homens e os trabalhadores do sexo. De maneira análoga, a prevenção e o tratamento das ITS, um fator de risco importante para a infecção pelo HIV, não receberam atenção adequada no setor saúde nos últimos anos. O aumento oportuno do atendimento e o tratamento integral requerem uma variedade de serviços de apoio essenciais que, até esta data, são em grande parte inadequados na maioria dos países da Região. A aquisição de medicamentos e os sistemas de manejo não foram ampliados suficientemente rápido para apoiar eficazmente a prestação direta de atendimento ao doente. O fornecimento de medicamentos anti-retrovirais e de meios de diagnóstico de laboratório foi obstaculizado pelas políticas de preços dos fabricantes na Região; assim, a obtenção de reduções adicionais dos preços, em particular nos medicamentos de segunda linha e os meios diagnósticos, é uma prioridade para a Região.

A extensão e ampliação dos serviços para as pessoas com HIV está ocorrendo dentro de um contexto de recursos humanos capacitados limitados. Alguns fornecedores de saúde talvez não estejam preparados ou motivados para prestar atendimento e tratamento integral, muitas vezes carecem da capacitação e especialização necessárias, e não podem deslocar-se às áreas onde são necessários os serviços. Há uma falta de planejamento estratégico e de processos gerenciais de recursos humanos para informar aos ministérios da saúde sobre políticas, contratação de pessoal, custos e necessidades de certificação; além disso, algumas das políticas fiscais dos países impõem limitações nos ministé-

rios da saúde em relação à aquisição e retenção do pessoal. Por outro lado, as prestações oferecidas pelo setor de saúde pública não podem competir em geral com as que oferece o setor privado, ou inclusive com as dos projetos do setor público financiados externamente.

A proliferação de serviços nos setores com e sem fins lucrativos contribuiu para a expansão rápida do atendimento relacionado ao HIV e afetou positivamente o acesso para pessoas ou grupos de população que vivem em zonas geográficas específicas. Não obstante, estes serviços podem apresentar um desafio para a melhoria dos sistemas de saúde pública, porque podem carecer da autoridade para regulamentar os serviços privados, dando lugar a uma falta de uniformidade nas diretrizes e protocolos de tratamento, assim como a sistemas de referência mal definidos. O aumento dos serviços também apresenta desafios nas áreas de manejo, acompanhamento e avaliação. A maioria dos países não tem sistemas adequados de informação sanitária, e existem dificuldades quanto à recopilação de dados sobre HIV, à confidencialidade e à integração aos sistemas existentes. A falta e a disponibilidade limitada de dados oportunos e de qualidade foram reconhecidas como um obstáculo maior para fundamentar os esforços nacionais e regionais.

O maior investimento na resposta à infecção pelo HIV/AIDS, mediante várias iniciativas de desenvolvimento, claramente beneficiou os países da América Latina e Caribe; entretanto, também conduziu à fragmentação das respostas locais e pôe considerável pressão sobre os limitados recursos humanos e financeiros dos países. Há um amplo reconhecimento da importância dos princípios para a coordenação das respostas nacionais contra a AIDS, conhecidos como os “três uns”; não obstante, os parceiros para o desenvolvimento continuam ressaltando seus próprios programas, incluídos outros mecanismos de acompanhamento e avaliação. Para fazer frente a estas pressões, os programas nacionais se vêm obrigados a escolher alternativas estratégicas para aproveitar o maior apoio; por isso, enfrentar o desafio de racionalizar os esforços para evitar processos paralelos e assegurar o investimento equilibrado em múltiplos setores da sociedade.

Para apoiar o fortalecimento da resposta do setor saúde nas Américas, a OPAS lançou o “Plano Regional de HIV/ITS para o Setor Saúde 2006–2015” em novembro de 2005 (janela 2). O Plano “é um passo adicional para promover a prevenção e o cuidado eficazes” e guiará o trabalho da OPAS nos anos vindouros.

DOENÇAS CRÔNICAS TRANSMISSÍVEIS

Tuberculose

A tuberculose é uma das doenças mais antigas da humanidade, cujo tratamento eficaz foi descoberto em meados do século passado. Entretanto, ainda dista muito de ser erradicada como problema de saúde pública na Região das Américas. Apesar do controle da tuberculose ter avanços na década de noventa na Re-

JANELA 2. Linhas críticas de ação do Plano regional de HIV/ITS para o setor saúde

1. Fortalecer a liderança e a reitoria do setor saúde, e promover a participação da sociedade civil.
2. Desenhar e implementar programas efetivos e sustentáveis de HIV/AIDS e ITS e desenvolver a capacidade dos recursos humanos.
3. Fortalecer, expandir e reorientar os serviços de saúde.
4. Melhorar o acesso aos medicamentos, diagnósticos e outros produtos.
5. Melhorar a gestão da informação e os conhecimentos, incluídas as atividades de vigilância, o acompanhamento e avaliação, e a difusão.

gião, esta doença prevenível, tratável e curável tem uma prevalência de mais de 466.000 casos e ocasiona mais de 50.000 óbitos anualmente (168). Ainda que a tuberculose possa afetar todas as pessoas, independente de sua condição social, os grupos de população mais pobres e vulneráveis (entre eles os migrantes, os habitantes de zonas marginalizadas urbanas, os indivíduos privados de sua liberdade, as pessoas com HIV/AIDS e as populações indígenas) levam uma maior carga de doença.

Nas Américas, existem grandes diferenças entre os países a respeito da carga de tuberculose. Naqueles com economias de mercado estabelecidas, como Canadá, Estados Unidos e alguns países do Caribe de fala inglesa, a incidência de tuberculose se estima em 5 casos por 100.000 habitantes. Nos países com menores recursos, a taxa de incidência é muito mais alta que no Canadá e Estados Unidos; por exemplo, se estima que é 61 vezes mais no Haiti, 43 na Bolívia e 35 no Peru (quadro 17). As diferenças na incidência também são observadas no interior dos países; aqueles aos quais se deu prioridade para o controle da tuberculose incluem Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Haiti, Honduras, Guatemala, Guiana, México, Nicarágua, Peru e República Dominicana, os que juntos apresentam 80% dos casos notificados da Região.

No período 1994–2004, a tendência da taxa de incidência notificada de tuberculose de todas as formas foi ligeiramente decrescente (figura 18), de 32 casos por 100.000 no começo do período para 27 por 100.000 em 2004, diminuição mais pronunciada desde 1998. Caso seja considerada na análise exclusivamente a América Latina e Caribe, a diminuição segue uma inclinação similar, mas com taxas de incidência mais elevadas: de 46 para 38 casos por 100.000 habitantes no início e final do período.

A tuberculose pode apresentar-se em todas as etapas do ciclo de vida, ainda que as crianças e os idosos tenham maior risco. Entretanto, cerca de 40% dos casos com baciloscopia positiva correspondem a homens de 15 a 44 anos de idade. A alta morbidade por tuberculose nas crianças é particularmente relevante em saúde pública, já que indica o alto grau de transmissão do *Mycobacterium tuberculosis* na comunidade.

Na Região, a estratégia de tratamento breve sob observação direta (DOTS,¹² por sua sigla em inglês) contribuiu para melhorar o controle da tuberculose desde que foi posto em prática de maneira sistemática a partir de 1996. Um total de 35 países aplicava esta estratégia em 2004 e, no final desse mesmo ano, sua cobertura atingiu 82% da população geral desses países. Os programas DOTS notificaram um total de 175.100 casos novos e recaídas em 2004, dos quais mais de 95.000 eram bacilíferos. Estes últimos representam 59% da incidência estimada da Região e estão ainda longe da meta de 70% marcada pela OMS para este indicador em 2005. A taxa média de êxito do tratamento nos pacientes sob DOTS em 2003 foi 82%, muito próxima da meta de 85% proposta para esse indicador em 2005 (quadro 17 e figura 19).

A aparição de novos obstáculos para o controle da tuberculose — como a epidemia de HIV/AIDS, a tuberculose multi-droga-resistente (MDR),¹³ os processos de reforma do setor saúde, a debilitação do sistema sanitário e a crise de recursos humanos em saúde — propiciou que a OMS lançasse a nova estratégia Deter a TB (STOP TB, em inglês) (169). Esta estratégia foi construída sobre a experiência adquirida nos países com a aplicação de DOTS e adiciona uma abordagem integral ao controle da tuberculose. A nova estratégia propiciou as bases do Plano Mundial para Deter a Tuberculose 2006–2015, da Aliança Alto à Tuberculose (170), que estabelece de maneira detalhada os passos para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) a respeito da tuberculose¹⁴ e constitui um chamado a mo-

¹²DOTS é a estratégia reconhecida internacionalmente para o controle da tuberculose. De maneira clássica, consta de cinco componentes: 1) Compromisso político com um financiamento em aumento e sustentável; 2) detecção de casos por meio de bacteriologia com controle de qualidade; tratamento padronizado, com supervisão e apoio ao paciente; 4) um sistema efetivo de gestão de medicamentos, e 5) um sistema de monitoramento e avaliação com medição do impacto.

¹³MDR é definida como a aparição de resistência a isoniacida e rifampicina, acompanhada ou não de resistência a outros tuberculostáticos.

¹⁴O ODM número seis, em sua meta oito, estabelece “Haver detido e começado a reduzir para o ano 2015, a incidência de paludismo e outras doenças graves”. Em relação à tuberculose, o ODM 6 define indicadores de impacto e implementação.

QUADRO 17. Principais indicadores epidemiológicos e operacionais para o controle da tuberculose, Região das Américas, 2004.

	Incidência estimada todas las formas ^a		Casos novos e recaídas notificados, todas las formas ^b		Casos novos baciloscopia positiva (BK +) ^c		Cobertura DOTS ^d %	Detecção BK+ baixo DOTS ^e %	Êxito baixo DOTS ^f %
	No. de casos	Taxa	No. de casos	Taxa	No. de casos	Taxa			
Anguila	3	25	0	0	0	0	0	ND	ND
Antígua e Barbuda	5	7	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Antilhas Holandesas	16		11	6	8	4	0	ND	ND
Argentina	16.537	43	10.619	28	4.760	12	100	64	66
Bahamas	124	39	53	17	37	12	100	68	62
Barbados	31	11	19	7	19	7	100	139	100
Belize	128	49	83	31	34	13	100	60	89
Bermuda	3	4	6	9	0	0	0	ND	ND
Bolívia	19.568	217	9.801	109	6.213	69	60	71	81
Brasil	109.672	60	86.881	47	42.881	23	52	46	83
Canadá	1.662	5	1.517	5	428	1	100	58	35
Chile	2.567	16	2.664	17	1.297	8	95	114	85
Colômbia	22.357	50	11.242	25	7.640	17	25	17	83
Costa Rica	612	14	712	17	419	10	100	153	94
Cuba	1.119	10	782	7	454	4	100	90	93
Dominica	12	15	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Equador	17.101	131	6.122	47	4.340	33	64	42	84
El Salvador	3.624	54	1.406	21	926	14	100	57	88
Estados Unidos da América	13.877	5	14.517	5	5.219	2	100	85	70
Granada	5	5	2	2	2	2	0	ND	ND
Guatemala	9.469	77	3.313	27	2.339	19	100	55	91
Guiana	1.050	140	603	80	164	22	42	27	57
Haiti	25.707	306	14.533	173	7.044	84	55	49	78

Honduras	5.451	77	3.282	47	2.012	29	ND	83	87
Ilhas Caimã	2	4	1	2	1	2	100	115	ND
Ilhas Turcas e Caicos	5	20	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Ilhas Virgenes (EUA)	12	11	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Ilhas Virgenes (RU)	3	15	2	9	2	9	100	0	ND
Jamaica	197	7	116	4	69	3	100	79	53
México	33.529	32	15.101	14	11.214	11	92	71	83
Montserrat	0,4	9	0	0	0	0	100	0	ND
Nicarágua	3.390	63	2.220	41	1.327	25	100	87	84
Panamá	1.443	45	1.691	53	882	28	92	133	74
Paraguai	4.269	71	2.300	38	1.201	20	27	21	85
Peru	49.174	178	33.082	120	18.289	66	100	83	89
Porto Rico	191	5	123	3	65	2	100	76	66
República Dominicana	7.946	91	4.549	52	2.720	31	79	71	81
Saint Kitts e Nevis	5	11	2	5	0	0	100	0	ND
Santa Lúcia	26	16	15	9	11	7	100	93	89
São Vicente e Granadinas	34	28	8	7	5	4	100	33	ND
Suriname	290	65	94	21	38	9	0	ND	ND
Trinidad e Tobago	116	9	177	14	81	6	ND	0	ND
Uruguai	967	28	727	21	373	11	100	86	ND
Venezuela	10.946	42	6.808	26	3.776	14	98	77	82
Região	363.245	41	235.184	27	126.290	14	82	59	82

ND: informação não disponível.

^aIncidência estimada pela OMS, todas as formas de tuberculose. Para metodologia do cálculo, consultar a fonte citada.

^bNúmero total de casos notificados à OMS, os quais incluem os casos novos e recaídas. Caso novo é aquele que anteriormente nunca foi tratado por tuberculose. Recaída é definida como aquele caso que após a cura de tuberculose com baciloscopia negativa apresenta de novo a doença com baciloscopia positiva. Taxa por 100.000 habitantes.

^cNúmero total de casos que apresentam baciloscopia positiva de expectoração. Taxa por 100.000 habitantes.

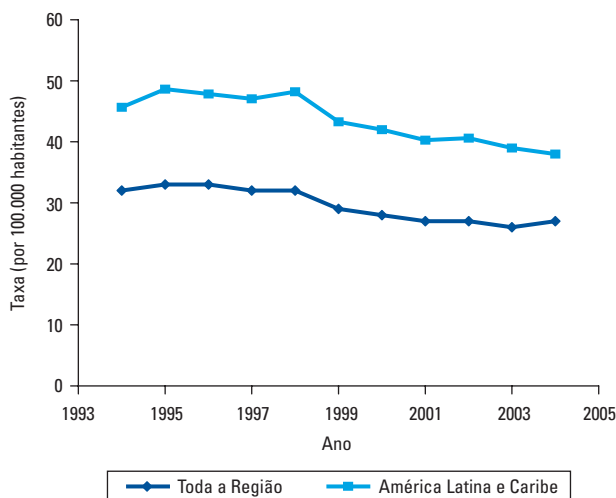
^dPorcentagem da população que vive em uma área geográfica cujos estabelecimentos de saúde aplicam a estratégia DOTS.

^ePorcentagem de detecção de casos BK+ pelos programas DOTS. A metodologia de cálculo desta porcentagem se encontra na fonte citada.

^fPorcentagem de êxito de tratamento dos casos BK (+) sob DOTS. A metodologia de cálculo se encontra na fonte citada.

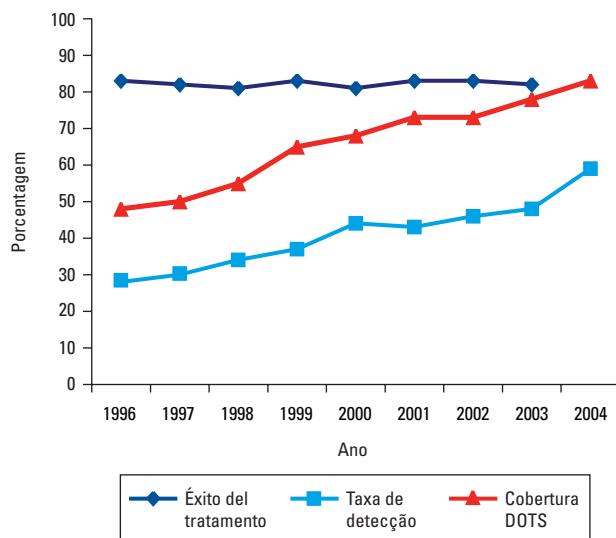
Fonte: Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing. WHO report 2005. Genebra, Suíça, 2006. (WHO/HTM/TB/2006.362).

FIGURA 18. Tendência da incidência notificada de tuberculose, todas as formas, Região das Américas, 1994–2004.



Fonte: Organização Mundial da Saúde. Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing. WHO report 2005. Genebra, Suíça, 2006. (WHO/HTM/TB/2006.362).

FIGURA 19. Principais indicadores do controle da tuberculose, Região das Américas, 1996–2004.



Fonte: Organização Mundial da Saúde. Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing. WHO report 2005. Genebra, Suíça, 2006. (WHO/HTM/TB/2006.362).

bilizar recursos que permitam a longo prazo eliminá-la como problema de saúde pública.

O Plano Regional de Tuberculose 2006–2015 é coerente com o Plano Mundial; sua visão é uma Região livre de tuberculose sua missão é assegurar que cada paciente com tuberculose tenha pleno acesso a diagnóstico e tratamento de qualidade, para dimi-

nuir a carga social, econômica e de iniquidade que impõe esta doença (171). Na janela 3 são apresentados as seis linhas estratégicas de trabalho do Plano.

Resposta da Região no marco da nova estratégia Deter a TB

Co-infecção TB/HIV

A epidemia de infecção por HIV tem repercussões negativas sobre a epidemia de tuberculose. Em primeiro lugar, porque gera um aumento do número de casos de tuberculose, em grande parte devido ao fato de que a tuberculose latente progride a doença; em segundo lugar, a letalidade da tuberculose é mais elevada em pacientes com infecção por HIV ou AIDS. Ambas as situações põem em risco os êxitos dos programas de controle da tuberculose.

A OMS calculou que 10% dos doentes de tuberculose da Região estão também infectados pelo HIV. Esta situação complica não só o tratamento clínico dos pacientes, dado o crescente acesso aos anti-retrovirais e às possíveis interações entre estes e os tuberculostáticos, mas também a aplicação de medidas eficazes de prevenção da tuberculose entre as pessoas com HIV.

Um número maior de países está respondendo ao problema da co-infecção por tuberculose e HIV pondo em prática, progressivamente, as atividades estabelecidas pela OMS para abordar ambas as doenças (172). Por exemplo, em relação à vigilância epidemiológica da co-infecção, em 2005 quase todos os países da Região dispunham de cálculos da prevalência da infecção por HIV entre as pessoas com tuberculose; esta prevalência vai de menos de 1% em países com epidemias incipientes ou concentradas de HIV, a mais de 30% em alguns países do Caribe de fala inglesa, que oferecem o teste HIV de maneira rotineira aos pacientes com tuberculose.

Resistência aos fármacos antituberculosos

A tuberculose multi-droga-resistente também põe em risco o êxito de muitos programas de controle da tuberculose, pelo complexo e custoso de seu diagnóstico e tratamento. A prevalência estimada deste tipo de tuberculose é maior naquelas populações que não têm acesso à estratégia DOTS, e entre os grupos vulneráveis de população. Na América é estimado que há mais de 11.000 casos de tuberculose MDR, ainda que a carga de casos varie de país para país. A prevalência média de Resistência primária a qualquer medicamento antituberculoso é de 11% (oscila entre 3,2% e 41%) e a de MDR, de 1,2% (entre 0,3% e 6,6%). A prevalência média de MDR secundária é de 26% (varia de 3% a 31%) (quadro 18).

Todos os países da Região realizam esforços para afrontar o problema da droga-resistência e em 12 (Belize, Bolívia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Paraguai, Peru e República Dominicana) há projetos de atendimento à tuberculose MDR aprovados pelo Comitê Luz Verde. O referido Comitê controla o acesso a medicamentos de segunda linha, de qualidade e a menor custo, assim como seu uso racional; fornece assistência técnica, e favorece a adoção de políticas

JANELA 3. Linhas Estratégicas do Plano Regional de Tuberculose, 2006–2015.

Linha Estratégica 1. Expansão e fortalecimento da estratégia DOTS, com qualidade.

Linha Estratégica 2. Implementação e/ou fortalecimento de:

- Atividades de colaboração interprogramáticas TB e HIV/AIDS
- Atividades de prevenção e controle da tuberculose multi-droga-resistente
- Estratégias comunitárias para populações não atendidas (indígenas, pessoas privadas de sua liberdade, populações periurbanas marginalizadas e outras).

Linha Estratégica 3. Fortalecimento do sistema sanitário, com ênfase no atendimento primário, a abordagem integral de doenças respiratórias, a rede de laboratórios, e o desenvolvimento de políticas de recursos humanos em tuberculose.

Linha Estratégica 4. Melhoria do acesso da população ao diagnóstico e tratamento da tuberculose, por meio da incorporação de todos os fornecedores de saúde, tanto públicos como privados.

Linha Estratégica 5. Facilitação da capacitação dos afetados e comunidade com a implementação de estratégias de promoção, comunicação e mobilização social em ações de controle da TB.

Linha Estratégica 6. Inclusão da pesquisa operacional, clínica e epidemiológica dentre os planos dos Programas Nacionais de Controle da TB.

QUADRO 18. Prevalência de resistência inicial e secundária a medicamentos antituberculosos em países selecionados, Região das Américas, 1994–2005.

País	Ano	Global ^a	Resistência		
			Inicial MDR ^b	Secundária MDR ^b	Combinada MDR ^b
Argentina	1999	10,2	1,8	9,4	3,1
Bolívia	1996	23,9	1,2	4,7	2,1
Brasil	1995	8,6	0,9	5,4	1,3
Canadá	2000	8,5	0,7	3,4	0,9
Chile	2001	11,7	0,7	4,8	1,4
Colômbia	2005	11,78	2,38	31,4	8,8
Cuba	2000	5	0,3	2,6	0,5
Equador	2002	20	4,9	24,3	7,2
El Salvador	2001	5,7	0,3	7	0,8
Estados Unidos da América	2001	12,7	1,1	5,2	1,4
Guatemala	2002	34,9	3	26,5	7,4
Honduras	2002	17,2	1,8	6,9	2,0
México ^c	1997	14,1	2,4	22,4	7,3
Nicarágua	1997	15,6	1,2	—	—
Paraguai	2002	11,1	2,1	4	—
Peru	1999	18	3	12,3	4,3
Porto Rico	2001	12	2	—	—
República Dominicana	1994	40,6	6,6	19,7	8,6
Uruguai	1999	3,2	0,3	—	—
Venezuela	1998	7,5	0,5	13,5	1,7

^aResistência global: porcentagem de estirpes de tuberculose resistentes a qualquer tuberculostático.

^bMDR: Multi-droga-resistência, definida como a aparição de Resistência a isoniacida e rifampicina, acompanhada ou não de Resistência a outros tuberculostáticos.

^cEstudo realizado em três estados.

Fonte: Resultados de pesquisas nacionais de MDR, publicados em: "Antituberculosis Drug Resistance in the World. First Global Report, WHO /TB/97.229; "Antituberculosis Drug Resistance in the World. Second Global Report, WHO/CDS/TB/2000.279; "Antituberculosis Drug Resistance in the World. First Third Global Report, WHO/HTM/TB/2004.343.

aceitas internacionalmente para o atendimento da multirresistência. nos países de rendas médias e baixas. Os dados mundiais preliminares indicam que é obtida uma taxa de cura dos casos de tuberculose MDR que vai de 61% a 82%, e foi demonstrada seu custo-efetividade, medida em anos de vida ajustados em função da deficiência, em quatro países: Estônia, Filipinas, Peru e Rússia (173).

A utilização inadequada dos medicamentos de segunda linha gera Resistência aos mesmos; este problema é denominado tuberculose com extrema droga-resistência (TB- XDR) e atualmente existe uma alerta mundial.

Fortalecimento dos sistemas de saúde

A iniciativa Abordagem Prática de Saúde Pulmonar tem por objeto melhorar a qualidade do atendimento de pacientes com sintomas respiratórios; fortalecer os serviços de atendimento primário da saúde e, indiretamente, contribuir para a sustentabilidade dos programas de controle da tuberculose em países de baixa prevalência (174). Atualmente 20 países no mundo, quatro deles nas Américas (Bolívia, Chile, El Salvador e Peru), estão realizando atividades relacionadas a esta iniciativa. No estudo de factibilidade desta iniciativa na Bolívia (2005), foi demonstrado que 23% dos pacientes que buscam os serviços de saúde o fazem por sintomas respiratórios; deles, 90% têm infecções respiratórias agudas e 0,4%, tuberculose. Com o enfoque proposto por esta iniciativa diminuíram 35% as referências ao hospital e 16% o uso de antibióticos. O custo total da medicação prescrita foi reduzida em 32% e o de antibióticos, em 37%. Estes resultados são semelhantes aos obtidos em outros países (175).

Lepra

O Plano Estratégico de Eliminação da Lepra 2000–2005, cuja meta era obter uma prevalência inferior a 1 caso por 10.000 habitantes para o final de 2005, conseguiu aumentar a cobertura

das atividades de controle em todos os países da Região; de fato, todos atingiram a meta de eliminação antes de 2002, com exceção do Brasil. O referido Plano evoluiu na Estratégia Global 2006–2010 para Aliviar a Carga da Lepra e Sustentar as Atividades de Controle da Doença (176), a qual está respaldada pelos parceiros que apóiam os programas de controle da lepra em nível mundial; tem o objetivo de reduzir ainda mais a carga de morbidade gerada pela doença, oferecendo atendimento integral com equidade e justiça em todos os casos.

Durante 2005, na Região foi registrada uma taxa de prevalência de 0,39 por 10.000 habitantes e uma taxa de detecção de 4,98 por 100.000 habitantes. Ao analisar o perfil dos casos novos registrados em 2005 nos países que notificaram mais de 100 casos (quadro 19), é observada grande variedade na proporção de casos multibacilares, que vai de 36% na Bolívia a 83% em Cuba. A variação observada na proporção de menores de 15 anos de idade afetados pela doença vai de 1% na Argentina a 16% na República Dominicana; este indicador merece especial atenção, já que a proporção de deficiência grau II é um indicador da precocidade da detecção. Atualmente, é observada uma grande variação desta proporção, que vai da mais baixa, registrada na Argentina (1,6%) à mais alta, no México (11,7%). A proporção de casos novos com deficiência grau II e a de crianças menores são dois indicadores que permitem caracterizar a endemia.

Na Região das Américas foram observados importantes êxitos no controle da lepra. Além de haver sido alcançada em quase todos os países a meta de eliminação antes de 2002, a Estratégia de Eliminação da Lepra nas Américas obteve:

- O Compromisso político dos países com alta carga da doença.
- O diagnóstico de mais de 200.000 casos, que já finalizaram seu tratamento, no período 2000–2005.
- Uma política de integração das ações de controle da lepra nos serviços gerais de saúde, que é aplicada em 75% dos países da Região.

QUADRO 19. Perfil dos casos novos de lepra registrados, países que notificaram mais de 100 casos, Região das Américas, 2005.

País ^a	Número de casos notificados	% casos multibacilares	% casos femininos	% crianças	% deficiência grau II
Argentina	484	79,1	40,9	1,3	1,6
Brasil	38 410	50	46,3	8,4	4,9
Bolívia	114	35,9	41,2	9,6	1,7
Colômbia	585	68,7	—	3,2	9,7
Cuba	208	83,1	44,7	3,8	3,3
Equador	116	62,9	35,3	0	0
México	289	75,4	37,3	2,7	11,7
Paraguai	480	77,7	38,5	3,9	7,9
República Dominicana	155	63,8	50,3	16,1	3,2
Venezuela	768	64,5	33,9	7,2	6,1

^aPaíses que notificaram mais de 100 casos em 2005.

Fonte: Relatório anual de Lepra dos países, 2005.

JANELA 4. Objetivos principais da Estratégia Mundial para Aliviar a Carga da Lepra e Sustentar as Atividades de Controle

- Prestar serviços de qualidade a todas as pessoas afetadas pela lepra.
- Melhorar a eficácia em função dos custos ao integrar e descentralizar as atividades de controle da lepra aos serviços de atendimento primário.
- Manter o Compromisso político e aumentar as atividades de controle em colaboração com todos os parceiros em nível mundial, regional e nacional.
- Fortalecer os componentes de vigilância, monitoramento e supervisão.
- Fortalecer a capacidade dos trabalhadores de saúde em um ambiente integrado.
- Melhorar as atividades de promoção da iniciativa destinada a reduzir o estigma e a discriminação das pessoas e as famílias afetadas pela lepra.
- A redução de casos registrados em menores de 15 anos, de 10% em 2000 para 8% em 2005.
- A diminuição de casos novos com deficiência grau II em 30% entre 2000 e 2005.
- Uma maior participação das organizações governamentais e não-governamentais nas atividades de controle.

Os contínuos esforços para controlar a doença serão fortalecidos com a implementação da Estratégia Global para Aliviar a Carga da Lepra e Sustentar as Atividades de Controle (janela 4). No âmbito regional, com as autoridades de saúde de alguns países endêmicos (Costa Rica, Equador, El Salvador, Paraguai, Peru, República Dominicana e Uruguai) foi iniciado o processo de socialização da Estratégia Global da Doença (Plano 2006–2010) e a elaboração de um plano de implementação de acordo com a situação epidemiológica de cada país.

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

As doenças cardiovasculares e as crônicas obstrutivas das vias respiratórias, o câncer e a diabetes mellitus são doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) de alto interesse para a saúde pública da América Latina e Caribe (177, 178). Em ambas as sub-regiões, as DCNT causam duas de cada três mortes na população geral (177) e cerca da metade das mortes dos menores de 70 anos de idade (179). Este grupo de afecções constitui a principal causa de mortalidade de homens e mulheres, a qual continua aumentando de forma muito rápida tanto no mundo como na América Latina e Caribe (177). Em 2000, das 3.537.000 mortes registradas na América Latina e Caribe, 67% foram causadas por estas doenças crônicas. A doença isquêmica do coração e o câncer foram causa da maioria das mortes entre as idades de 20 e 50 anos. As DCNT contribuíram para a carga global de doença com 76% dos anos AVAD.

As DCNT, além de provocar uma mortalidade precoce, causam complicações, seqüelas e invalidez, que afetam a capacidade funcional e limitam a produtividade. Outrossim, requerem tratamentos onerosos, o que acarreta enormes custos financeiros e sociais que debilitam os recursos dos sistemas de saúde e de previdência social. Por exemplo, o custo da diabetes na América La-

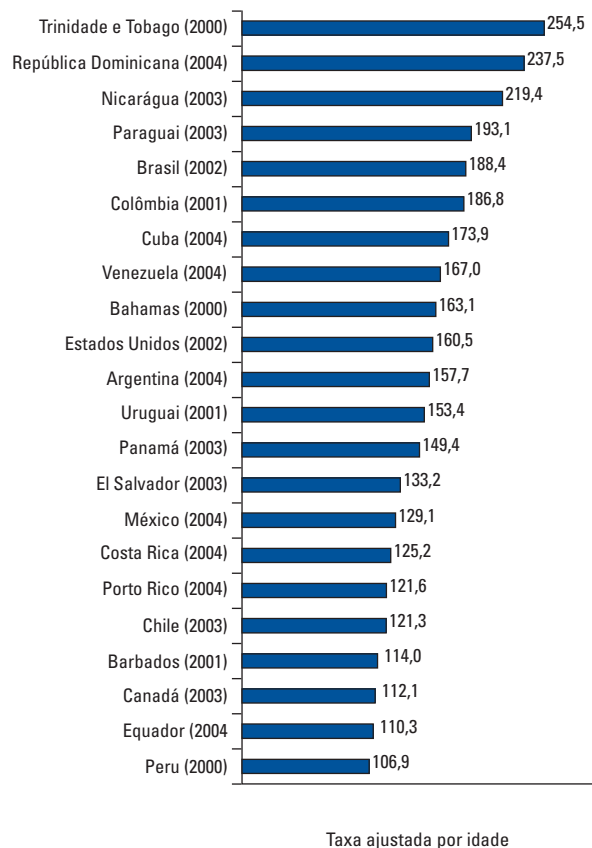
tina e Caribe em 2000 foi estimado em US\$ 65.216 milhões, dos quais US\$ 10.721 milhões foram custos diretos e US\$ 54.496, indiretos (180). Os custos diretos e indiretos da diabetes nos Estados Unidos foram estimados em US\$ 132.000 milhões em 2002 e o cuidado das doenças crônicas representou 75% do custo total em saúde do país (181). No México, se calcula que em 2006 o custo estimado dos serviços de hospitalização por hipertensão arterial e diabetes mellitus, exclusivamente, será mais alto que o custo dos serviços hospitalares e ambulatoriais da maior parte das doenças infecciosas (182). Mediante um estudo realizado na Jamaica, os custos associados com a diabetes e a hipertensão foram estimados em US\$ 33,1 milhões e US\$ 25,6 milhões, respectivamente, em 2002 (183).

A prevenção primária das doenças crônicas poderia reverter seu custo para os sistemas de saúde e as pessoas. Estima-se que se apenas 10% dos adultos americanos aumentassem sua atividade física, como, por exemplo, caminhar com regularidade, poderiam ser economizados US\$ 5.600 milhões de custos relacionados às doenças do coração (184).

Doenças cardiovasculares

Estas doenças (que incluem as doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares, doenças hipertensivas e insuficiência cardíaca) representaram 31% da carga de mortalidade e 10% do total da carga mundial de doença em 2000 (177). A taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares ajustada por idade e por sexo (figura 20) foi mais alta na Nicarágua, a República Dominicana e Trinidad e Tobago, onde ultrapassou 200 por 100.000 habitantes. A mesma taxa em Barbados, Canadá, Chile, Costa Rica, Equador, El Salvador, México, Peru e Porto Rico esteve abaixo de 150 por 100.000 habitantes.

FIGURA 20. Taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares,^a ajustada por idade e sexo, países selecionados, Região das Américas, último ano disponível.



^aInclui códigos CIE-10 I20 a I25, I60 a I69, I10 a I15, I50. Taxa por 100.000 habitantes. Fonte: PAHO, Health Analysis and Information Systems, Regional Mortality Database, 2006.

Os últimos dados disponíveis (2000–2004) mostram que as taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório foram mais altas entre os homens (223,9 por 100.000 habitantes) que entre as mulheres (179,3 por 100.000); outrossim, houve grandes diferenças entre as sub-regiões, e a variação foi de 35 a 50 por 100.000 habitantes no México e América Central, respectivamente, a 170 por 100.000 na América do Norte (185).

Em um estudo foi comparada a tendência da mortalidade por doenças cardiovasculares em 10 países da América Latina entre 1970 e 2000; verificou-se que a mortalidade por doença coronária e cerebrovascular diminuiu de maneira sólida e constante no Canadá e os Estados Unidos, enquanto que, para o mesmo período, nos países da América Latina só foram notificadas diminuições da mortalidade por doença isquêmica na Argentina e por doenças cerebrovasculares na Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica e Porto Rico. No mesmo estudo também foram informadas diminuições menos marcadas na mortalidade por doença isquêmica do coração no Brasil, Chile, Cuba e Porto Rico, ainda que a

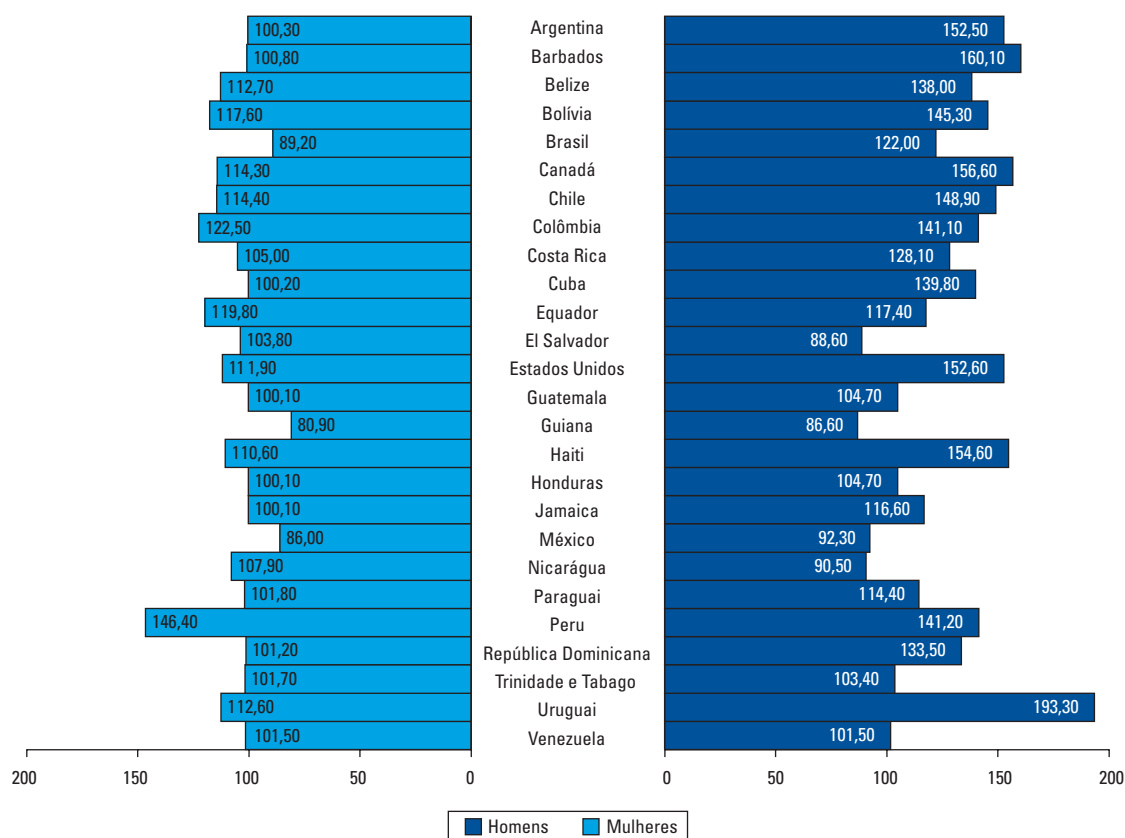
mortalidade por essa causa tenha aumentado na Costa Rica, Equador, México e Venezuela. Isto poderia ser resultado de mudanças desfavoráveis que estão ocorrendo em geral na maioria dos países da América Latina em relação aos fatores de risco, como a dieta inadequada, a obesidade, a falta de atividade física e o tabagismo, além de um controle menos eficaz da hipertensão arterial e do manejo destas doenças (186).

Um estudo sobre o risco atribuível para infarto agudo de miocárdio, realizado em quatro países da América Latina, verificou que o colesterol sérico elevado, o tabagismo, a hipertensão, o índice de massa corporal e os antecedentes familiares de doença coronária, em seu conjunto, foram responsáveis por 81% de todos os casos de infarto agudo de miocárdio em Cuba, 79% na Argentina, 76% na Venezuela e 70% no México (187).

Em relação ao acidente cerebrovascular, em 2002 houve 271,865 mortes por essa causa em 27 países da Região (187). A carga do acidente cerebrovascular esteve entre 5 e 14 anos de vida perdidos por deficiência por 1.000 habitantes; esta cifra foi mais alta nos países das Américas que na maioria dos países do mundo desenvolvido. O acidente cerebrovascular foi a principal causa de morte no Brasil em 2003; na América Central e México foram verificadas as taxas de mortalidade mais baixas por essa doença. Em quase todas as sub-regiões das Américas as taxas de mortalidade por doença cerebrovascular foram mais elevadas nas mulheres que nos homens. Entre 1970 e 2000 foi informada uma tendência decrescente das taxas de mortalidade por esta causa na maioria dos países da América Latina e Caribe, com uma diminuição entre 10% e 49% no último ano comparado com o primeiro; a exceção foram México e Venezuela, onde a mortalidade por esta causa não variou. Por outro lado, no Canadá e nos Estados Unidos houve uma diminuição da taxa mais marcada, cerca de 60%, entre 1970 e 2000. A mortalidade por doença cerebrovascular foi entre 2 e 4 vezes maior na América Latina e Caribe que nos Estados Unidos em 2000 (186). As causas destas diferenças não são bem conhecidas, ainda que poderia suspeitar-se que há importantes variações na incidência do evento cerebrovascular, o acesso aos serviços, a qualidade do atendimento do acidente cerebrovascular e o controle dos fatores de risco.

Neoplasias malignas

Em 2005, foram estimadas 7,6 milhões de mortes no mundo produzidas pelo câncer; isto é, 13% de todas as mortes e 21,6% das mortes por doenças crônicas. O câncer é responsável por 5% da carga mundial de doença. A mortalidade por câncer de pulmão e de mama nas mulheres aumentou na maioria dos países da América Latina entre 1970 e 2000. Por exemplo, entre 1970 e 1994, a taxa de mortalidade por câncer de mama na Costa Rica subiu de 6,97 por 100.000 mulheres para 13,42 por 100.000; em Cuba, de 12,33 para 15,82 por 100.000 mulheres; no México, de 4,99 para 9,04, e na Argentina, de 18,64 para 20,99. Pelo contrário, na América do Norte, a mortalidade por câncer de mama diminuiu entre 1985 e 2000.

FIGURA 21. Taxas de mortalidade por câncer (por 100.000 habitantes), segundo sexo, Região das Américas, 2002.

Fonte: GLOBOCAN 2002 database, International Agency for Research on Cancer.

Em 2002, a taxa de mortalidade mais alta por todos os tumores malignos nos homens foi apresentada no Uruguai, com uma taxa ajustada por idade de 193,3 por 100.000 (mais alta que as do Canadá e Estados Unidos, que apresentaram taxas de 156,6 e 152,6 por 100.000 respectivamente, similares à da Argentina). Entre as mulheres, Peru e Colômbia apresentaram as taxas de mortalidade ajustadas por idade mais altas da América Latina, com 146,4 e 122,5 por 100.000, respectivamente. As taxas de mortalidade geral por câncer mais baixas entre os homens foram apresentadas em El Salvador, México e Nicarágua; entre as mulheres, foram apresentadas no Brasil e México (figuras 21 e 22). Na Argentina e Chile, as taxas de mortalidade por câncer nos homens tenderam a baixar entre 1970 e 2000, enquanto que aumentaram na Colômbia e Cuba (188).

Câncer de brônquios e pulmão

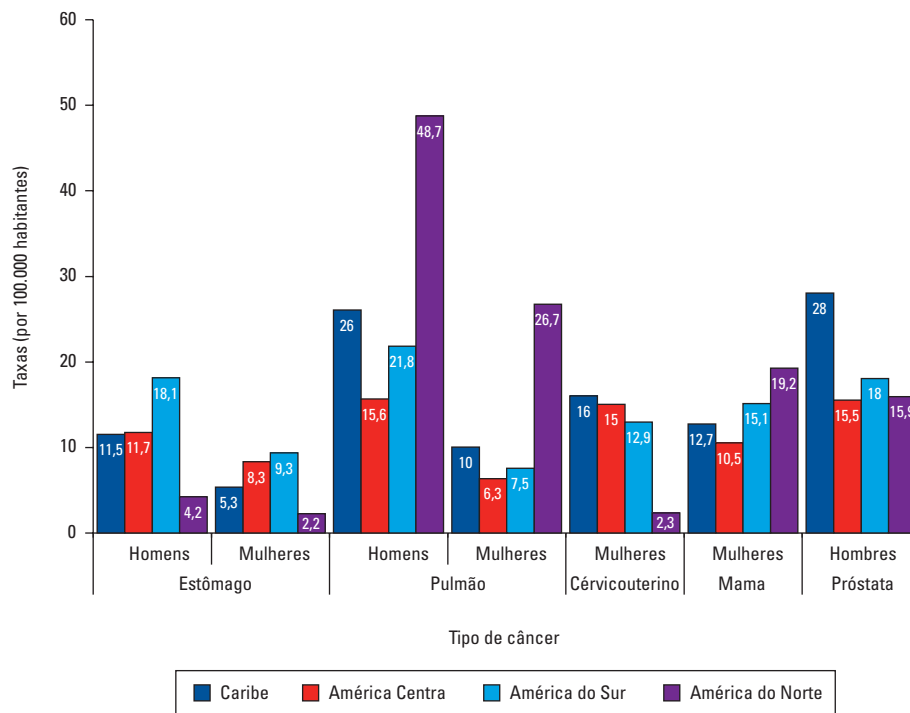
Em 2002, os homens do Uruguai e Cuba apresentaram as taxas de mortalidade ajustadas por idade mais altas da América Latina, 48,1 e 38 por 100.000 habitantes, respectivamente; as taxas mais baixas foram registradas em El Salvador e Guiana (5,7 e 7,2

por 100.000, respectivamente). Entre as mulheres, a mortalidade por câncer de pulmão aumentou entre 1970 e 2000. Estas tendências coincidem com os padrões de tabagismo observados nos homens e as mulheres na América Latina (188–189). Por outro lado, a taxa de mortalidade por câncer do pulmão entre as mulheres foi significativamente menor na América Latina e Caribe (10 por 100.000) que na América do Norte (26,7 por 100.000). Na Argentina, a mortalidade por câncer de pulmão subiu de 5,8 por 100.000 mulheres em 1970 para 6,43 por 100.000 em 1994. No Chile, durante o mesmo período, as taxas de mortalidade por câncer de pulmão subiram de 5,48 para 6,37 por 100.000 e no México, de 3,93 para 5,92 por 100.000.

Câncer de estômago

A mortalidade por câncer de estômago entre os homens foi muito alta na maioria dos países da América Latina em 2002, com taxas acima de 11 por 100.000 no Caribe e América Central, e mais de 18 por 100.000 habitantes na América do Sul.

Entre os países com taxas de mortalidade mais alta figuram vários da Área Andina, como Colômbia (15,7 por 100.000 mulhe-

FIGURA 22. Taxas de mortalidade por câncer segundo tipo de câncer e sexo, Região das Américas, 2002.

Fonte: GLOBOCAN 2002 database, International Agency for Research on Cancer.

res, 27,8 por 100.000 homens), Equador (22,1 por 100.000 mulheres e 31 por 100.000 homens) e Peru (24,1 por 100.000 mulheres, 29,5 por 100.000 homens). Além disso, o Chile tem taxas altas (32,5 por 100.000 homens e 13,2 para as mulheres), parecidas com as taxas da Costa Rica (30,1 por 100.000 homens e 17,0 por 100.000 mulheres). Mesmo quando as taxas de países como Cuba e México eram menores de 10 por 100.000 habitantes, foram mais altas que as observadas nos Estados Unidos (4,2 por 100.000 homens e 2,2 por 100.000 mulheres). As taxas de mortalidade por câncer de estômago na maioria dos países da América Latina diminuíram de forma constante entre 1970 e 2000, provavelmente devido a mudanças na alimentação, à melhoria na conservação e refrigeração dos alimentos e à diminuição na prevalência da infecção por *Helicobacter pylori*, assim como à uma possível redução do tabagismo nos homens (188, 190).

Câncer de colo uterino e de mama

O câncer de colo uterino continua sendo uma das principais causas de morte das mulheres em muitas partes do mundo, apesar da introdução de programas de detecção precoce fazer mais de 30 anos. Na América Latina e Caribe, em 2002 foram registrados 71.862 novos casos e 32.639 mortes por esta causa (189), cifras que estão entre as mais altas do mundo. Na Região, as taxas de mortalidade ajustadas por idade em 2002 estiveram perto de

15 por 100.000 mulheres no Caribe e América Central, perto de 13 por 100.000 na América do Sul, e muito mais altas que as taxas para mulheres na América do Norte de 2,3 por 100.000. É alarmante que uma doença que pode ser detectada de maneira precoce tenha taxas de mortalidade tão altas como as da Bolívia (30,4 por 100.000 mulheres), Haiti (48,1), Nicarágua (22,3) e Paraguai (24,6).

Nas mulheres, o câncer de mama tem uma alta mortalidade em países do Caribe e América do Sul. Em 2002, as mais altas taxas de mortalidade por câncer de mama, ajustadas por idade, foram apresentadas em Barbados (25,5 por 100.000 mulheres), Uruguai (24,1) e Argentina (21,8); as taxas registradas na América do Norte foram de cerca de 19,2 por 100.000. Durante os últimos anos, as taxas de mortalidade por câncer de mama por 100.000 mulheres aumentaram na maioria de países da América Latina e Caribe, especialmente naqueles que apresentavam as taxas mais baixas como Colômbia (de 5,2 em 1969 para 9,1 em 1994); Costa Rica (7,0 em 1970 para 12,7 em 1995) e México (4,9 em 1970 para 9,5 em 1994). No Chile e Cuba as tendências foram estáveis. Na América do Norte, as taxas de mortalidade por câncer de mama diminuíram, passando de 23,8 por 100.000 em 1970 para 22 por 100.000 em 1994 no Canadá, e de 22,5 por 100.000 em 1970 para 20,7 por 100.000 em 1994 nos Estados Unidos (189, 190). Entre 1963 e 1982, nove estudos na Europa e Canadá de-

monstraram que a mamografia, como método de detecção do câncer de mama nas mulheres de 50 a 69 anos de idade, foi eficaz para reduzir a mortalidade em 23% (191). Em alguns países como os Estados Unidos, Austrália e alguns europeus, é recomendável que os médicos avaliem cada caso de forma individual para determinar a conveniência de realizar uma mamografia de detecção nas mulheres entre 40 e 49 anos de idade (189). As razões relativamente elevadas entre mortalidade e incidência em muitos países da América Latina e Caribe indicam que os casos de câncer de mama não estão sendo tratados apropriadamente, motivo pelo qual é necessário proporcionar um amplo acesso aos serviços diagnósticos e terapêuticos adequados (191).

Câncer de próstata

As regiões do Caribe e América do Sul apresentaram taxas de mortalidade ajustadas por idade por câncer de próstata muito elevadas, de 28 e 18 por 100.000 respectivamente; no Canadá a mesma taxa foi de 16,6 e nos Estados Unidos, 15,8 por 100.000. Em 2002, as maiores taxas de mortalidade por este tipo de Câncer foram apresentadas em Barbados (55,3 por 100.000), Belize (35,2) e República Dominicana (42,2), seguidos por Costa Rica, Guiana, Peru e Uruguai, com taxas próximas a 20 por 100.000. As taxas de mortalidade mais baixas foram apresentadas em El Salvador e México, comparáveis com as da América do Norte, cerca de 15 por 100.000. As tendências entre os anos 1970 e 2000 mostraram um aumento nas taxas de mortalidade por esta causa em todos os países da América Latina, especialmente na Costa Rica e México.

Diabetes

Na América Latina e Caribe a diabetes mellitus ocupou o quarto lugar como causa de morte no ano de 2001, o que representou 5% do total de mortes (185). No México foi a primeira causa de morte na população total em 2002, com 12,8% dos óbitos (primeira causa no sexo feminino, com 15,7% e segunda no masculino, com 10,5%). As taxas de mortalidade por diabetes mais elevadas nas Américas (cerca de 2002) foram apresentadas no México e no Caribe não-latino (60 e 75 por 100.000, respectivamente) (179).

O número estimado de pessoas com diabetes na América Latina foi de 13,3 milhões em 2000; foi projetado que para 2030 haverá 32,9 milhões, ou seja, que o número de casos aumentará mais do que o dobro, apenas como consequência do envelhecimento da população e da urbanização (192). Devido ao aumento na prevalência de obesidade que foi observado em muitos países do mundo e a sua importância como fator de risco para a diabetes, o número de casos em 2030 poderia ser muito mais alto (192); entretanto, as estimativas indicam que, ainda que a prevalência atual de obesidade se mantenha até 2030, a epidemia de diabetes continuará. Nos Estados Unidos, o aumento da prevalência de diabetes foi explicado por um aumento similar na

proporção de pessoas obesas e não pelo aumento do risco absoluto de apresentar diabetes (193). Segundo a Associação Americana de diabetes, as pessoas cuja glicemia em jejum está entre 100 mg/dl e 126 mg/dl são classificadas com glicemia alterada ou pré-diabetes, termo que indica um maior risco de apresentar a doença clinicamente. A pré-diabetes também está relacionada à síndrome metabólica, que também inclui a obesidade ou acúmulo abdominal de gordura, transtornos dos lipídios e hipertensão (194).

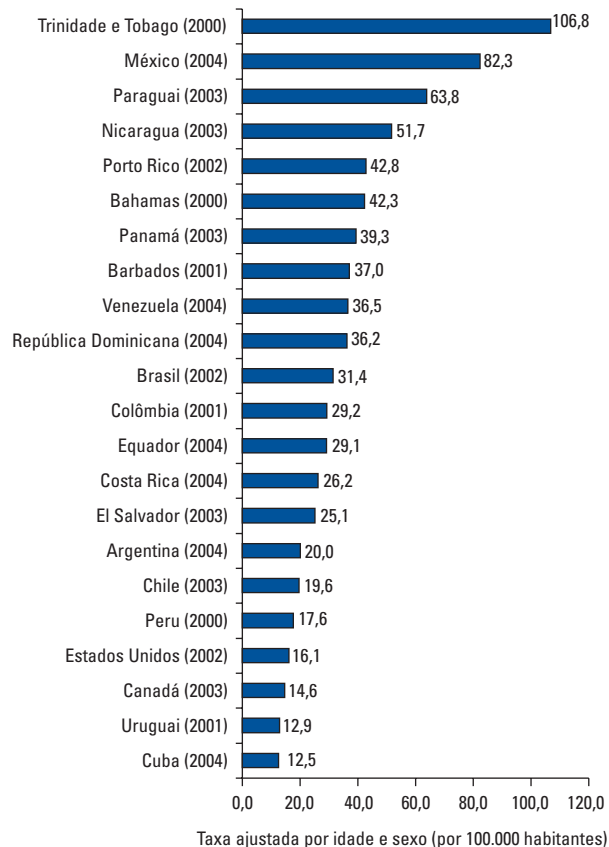
Durante a década de noventa houve um aumento da prevalência de diabetes e pré-diabetes em crianças e adolescentes dos Estados Unidos. Isto foi atribuído a um aumento da obesidade, devido a mudanças na dieta e à uma diminuição considerável da atividade física dos jovens (195). Nos países da América Latina e Caribe estão sendo produzidas mudanças similares, ainda que a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes ainda não chegue à magnitude informada nos Estados Unidos. Entretanto, em algumas localidades do norte do México, foram registradas taxas de obesidade próximas às observadas nos Estados Unidos (196).

O subregistro da mortalidade por diabetes é conhecido (180, 197). Isto se deve ao fato de que quando as pessoas que têm diabetes falecem, é registrada como causa direta de morte uma de suas complicações crônicas, por exemplo, doença cardiovascular ou nefropatia. Os últimos dados disponíveis indicam que as taxas de mortalidade por diabetes mellitus ajustadas por idade mais elevadas foram observadas no México e Trinidad e Tobago; as taxas mais baixas foram apresentadas em Cuba, Canadá, Estados Unidos e Uruguai (figura 23).

Em um estudo que foi realizado em pessoas de 60 anos de idade ou mais em sete cidades da América Latina e Caribe, foi verificada uma prevalência de diabetes auto-informada de 15,7%; a mais alta correspondeu às mulheres de Bridgetown, Barbados (21,3%) e a mais baixa, aos homens de Buenos Aires, Argentina (12,0%). Além disso, foi verificada uma forte associação da prevalência de diabetes com o índice de massa corporal e o baixo nível educacional (198).

O quadro 20 mostra a prevalência crua e padronizada de diabetes, hipertensão e sobrepeso em populações adultas, segundo estudos realizados em Barbados (199), Belize (200), Canadá (201), Chile (202), Costa Rica (203), El Salvador (204), Estados Unidos (205–207), Guatemala (208), Haiti (209), Honduras (210), México (211–213) e Nicarágua (214). Segundo os estudos que foram realizados em pessoas de 20 anos ou mais (quadro 20), a prevalência ajustada de diabetes foi maior em Belize (15,3%), Nicarágua (11,9%) e Costa Rica (10,7%); El Salvador (9,8%), Estados Unidos (9,3%) e Honduras (8,0%) apresentaram uma prevalência maior de 7% e menor de 10%, enquanto que a do Chile e Haiti foi de 7%. No estudo de Barbados (199), que foi realizado em pessoas de 40 anos ou mais e usou a hemoglobina glicosilada (A1c) como teste diagnóstico, foi verificada uma prevalência crua de diabetes de 19,4% (padronizada, 18,6%). A pre-

FIGURA 23. Taxa de mortalidade por diabetes mellitus ajustada por idade e sexo,^a em países selecionados, Região das Américas, últimos anos disponíveis.



^aInclui códigos CIE-10: E10 a E14.

Fonte: PAHO, Health Analysis and Information Systems, Regional Mortality Database, 2006.

valência aumentou com a idade em ambos os sexos e foi maior nas mulheres que nos homens. Por outro lado, em um estudo realizado nos estados fronteiriços dos Estados Unidos e México, foi verificado que 15,7% dos pesquisados sofria de diabetes (215).

Doenças crônicas de vias respiratórias

Na América Latina e Caribe estas doenças foram causa de 3% de todos os óbitos. Os últimos dados disponíveis na Região (perto do ano 2000), indicam que as taxas de mortalidade por doenças crônicas das vias respiratórias se encontram entre 16 e 25 por 100.000; na maioria dos países, as taxas de mortalidade por estas causas foram mais elevadas entre os homens que entre as mulheres. Nos Estados Unidos, a taxa crua de mortalidade foi de 42,9 por 100.000 em 2002, igual em ambos os sexos. Este grupo de doenças causou 2,5% da carga mundial de doença em 2001, 3,5% da carga nos países de altas rendas e 2,4% nos de rendas baixas e médias (177).

As taxas de mortalidade ajustadas por idade por doenças crônicas das vias respiratórias (asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, enfisema e bronquite crônica) foram mais altas no Brasil, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos, México, Nicarágua, Panamá e Uruguai, com taxas entre 30 e 20 por 100.000 habitantes, segundo os últimos dados disponíveis (perto de 2000). Argentina, Belize, Canadá, Chile, El Salvador, Porto Rico, República Dominicana, Suriname, Trinidad e Tobago e Venezuela tiveram taxas intermediárias, entre 20 e 10 por 100.000. As taxas mais baixas foram apresentadas em Bahamas, Barbados, Equador, Paraguai e Peru, com menos de 10 por 100.000 habitantes.

Hipertensão

A hipertensão é um fator de risco maior para doenças do coração e cerebrovasculares. As taxas de mortalidade por doença hipertensiva ajustadas por idade (figura 24) em países selecionados da Região mostra a taxa mais elevada nas Bahamas (44,8 por 100.000 habitantes) e as mais baixas no Canadá, El Salvador, Panamá e Uruguai.

Os dados de vários estudos populacionais na Região (quadro 20) mostram que a prevalência de hipertensão padronizada por idade e sexo entre a população de mais 20 anos de idade foi mais alta no Haiti (41,3%) e Chile (38,3%); Belize, Costa Rica, Estados Unidos, México e Nicarágua apresentaram prevalências entre 25% e 34%, enquanto que em El Salvador, Guatemala e Honduras a prevalência foi menor que 25%. Em uma pesquisa e acompanhamento populacional realizados em Barbados em pessoas de 40 anos de idade ou mais, foi verificada uma prevalência de hipertensão de 54%; a frequência foi mais alta entre as mulheres e aumentava de forma marcada com a idade (216). No México, a Pesquisa Nacional de Doenças Crônicas e a Pesquisa Nacional de Saúde mostraram que a hipertensão aumentou de 26% para 30% entre 1998 e 2000 (217, 218). Em Cienfuegos, Cuba, foi informada uma prevalência de hipertensão em adultos de 19,9% e foi mais frequente em homens que em mulheres (219).

O controle deficiente da tensão arterial nas pessoas hipertensas pode aumentar o risco de mortalidade prematura. Tanto o estudo de Barbados (216) como o do México (220) mostraram uma alta proporção de pessoas que desconheciam que sofriam de hipertensão, assim como as pessoas com cifras de pressão elevadas entre as que estavam sob tratamento. Nestes estudos também foi verificada maior mortalidade geral por todas as causas entre as pessoas que tinham hipertensão entre a população geral comparável.

Fatores de risco das doenças crônicas não-transmissíveis

Vários dos fatores de risco comuns à maioria das DCNT (entre elas a diabetes, as doenças cardiovasculares e várias formas de câncer) podem ser modificados; os mais importantes são uma

QUADRO 20. Prevalência de diabetes mellitus, hipertensão e sobrepeso em populações adultas segundo sexo, países selecionados das Américas, últimos anos disponíveis.

País	Ano	Idade (anos)	Crua			Padronizada ^a		
			Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Diabetes mellitus								
Barbados	2002 ^b	≥ 40	16,5	21,5	19,40	16,21	20,93	18,57
Belize	2006	≥ 20	8,56	16,29	12,41	10,57	20,24	15,34
Chile	2003	≥ 20	6,10	6,50	6,30	7,30	6,70	7,00
Costa Rica	2005	≥ 20	8,30	7,60	7,90	11,52	9,97	10,67
El Salvador	2004	≥ 20	7,68	7,09	7,37	10,79	9,05	9,85
Estados Unidos	2001–02	≥ 20	10,20	8,50	9,30	10,60	8,20	9,30
Guatemala	2003	≥ 20	8,84	7,72	8,23	11,30	10,05	10,65
Haiti	2002	≥ 20	4,72	8,83	7,30			7,00
Honduras	2004	≥ 20	6,41	5,88	6,12	8,79	7,35	8,00
México	2000	20–69			10,70			14,50
Nicarágua	2004	≥ 20	8,93	9,02	8,98	11,63	12,03	11,91
Hipertensão								
Barbados	2002 ^b	≥ 40	49,8	59,6	55,4	50,55	58,74	54,64
Belize	2006	≥ 20	27,11	30,73	28,91	31,76	38,33	33,54
Chile	2003	≥ 20	36,70	30,80	33,70	41,50	36,60	38,30
Costa Rica	2005	≥ 20	26,13	25,04	25,57	28,57	28,05	28,30
El Salvador	2004	≥ 20	21,20	21,17	21,18	24,61	24,44	24,52
EUA	1999–02	≥ 20	25,10	25,70	25,50	25,20	25,80	25,50
Guatemala	2003	≥ 20	11,97	13,92	12,96	17,99	21,86	19,96
Haiti	2003	≥ 20	48,52	45,68	46,74			41,30
Honduras	2004	≥ 20	23,62	21,56	22,48	25,29	24,23	24,70
México	2000	20–69	34,2	26,3	30,05	30,90	36,90	33,90
Nicarágua	2004	≥ 20	24,02	25,09	24,59	30,62	33,51	32,18
Sobrepeso (índice de massa corporal ≥ 25)								
Belize	2006	≥ 20	58,64	74,56	66,57	59,93	76,15	67,99
Canadá ^c	2000	≥ 12	51,80	37,80	44,80	56,62	40,49	48,56
Chile	2003	≥ 20	43,20	32,70	37,80	62,95	66,09	64,52
Costa Rica	2005	≥ 20	62,00	55,80	58,80	67,16	58,69	62,66
El Salvador	2004	≥ 20	69,56	63,09	66,17	70,93	65,12	67,89
EUA	2000–01	≥ 20	70,80	61,80	66,30	69,90	60,60	65,30
Guatemala	2003	≥ 20	54,77	63,94	59,73	55,07	66,49	61,21
Honduras	2004	≥ 20	51,94	59,95	56,36	52,69	61,48	57,57
México,	2000	20–69	60,7	65,3	62,0			
Nicarágua	2004	≥ 20	59,04	71,40	65,61	63,08	74,40	69,19

Notas:

Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua: estudos realizados em populações urbanas das capitais. Belize: estudo nacional.

Crítérios diagnósticos para diabetes. Barbados: HbA1c >10% ou diagnóstico prévio de diabetes; Chile, El Salvador, Estados Unidos, México: glicose em jejum ≥ 126 mm/L ou diagnóstico prévio de diabetes; Belize, Costa Rica, Guatemala, Haiti, Nicarágua: Teste de Tolerância à Glicose de 2 horas ≥ 200 mm/L ou Glicose em jejum ≥ 126 mm/L, ou diagnóstico prévio de diabetes.

Crítérios diagnósticos para hipertensão. Pressão arterial sistólica ≥ 140 mm/Hg, ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mm/Hg ou diagnóstico prévio de hipertensão.

^aPor idade e sexo usando a população de Segi como padrão (Segi M, Kurihara M. Trends in cancer mortality for selected sites in 24 countries, 1950–1959. Sendai, Japão: Tohoku University School of Medicine, Department of Public Health; 1963).

^bAno de publicação.

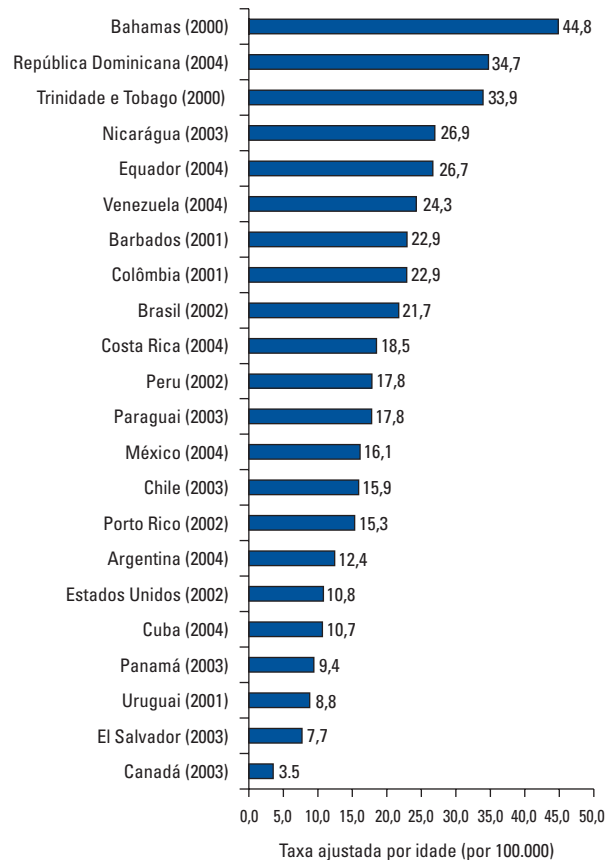
^cTaxas padronizadas truncadas para mais de 40 anos.

Fonte: Barbados,¹⁹⁹ Belize,²⁰⁰ Canadá,²⁰¹ Chile,²⁰² Costa Rica,²⁰³ El Salvador,²⁰⁴ Estados Unidos,^{205–207} Guatemala,²⁰⁸ Haiti,²⁰⁹ Honduras,²¹⁰ México,^{211–213} e Nicarágua.²¹⁴

dieta pouco saudável, a falta de atividade física, o tabagismo e o abuso do álcool (221). Por sua vez, esses fatores são expressos através de outros de risco intermediário, como hipertensão, hiperglicemia (diabetes e prediabetes), hipercolesterolemia (em especial lipoproteínas de baixa densidade), sobrepeso e obesi-

dade. Os fatores de risco sujeitos a modificação, junto com os fatores de risco que não podem ser modificados, como a idade e a herança, explicam a maioria das doenças Crônicas. Todos estes fatores estão determinados por condições demográficas, sociais, culturais, políticas e econômicas, como a pobreza, a urbanização,

FIGURA 24. Taxa de mortalidade ajustada por idade e sexo por doença hipertensiva^a em países selecionados das Américas, últimos anos disponíveis.



^aInclui códigos CIE-10: I10 a I15.

Fonte: PAHO, Health Analysis and Information Systems, Regional Mortality Database, 2006.

a globalização, e a estrutura e dinâmica da população (222), e as possibilidades de êxito das ações preventivas aumentam consideravelmente quando se voltam para esses fatores (180, 201, 223–225).

Tabagismo

O hábito de fumar está relacionado a várias doenças, entre as mais conhecidas estão o câncer de pulmão e outros tipos de câncer, as doenças do coração e as cerebrovasculares, o enfisema, a doença vascular periférica e outras (226, 227). Além disso, repercute negativamente na gravidez.

A Organização Mundial da Saúde estimou que a metade dos fumantes atuais (650 milhões de pessoas) morrerá entre os 35 e os 69 anos de idade. Estima-se que o tabaco produziu 100 milhões de mortes no século XX e foi projetado que chegará a 1.000 milhões de mortes no século XXI (226). Nos Estados Unidos, o cigarro é responsável por mais de 440.000 mortes por ano,

ou 1 de cada 5 óbitos; destas, cerca de 10% são resultado da exposição passiva à fumaça. Todos os casos de câncer causados por tabagismo poderiam ser prevenidos. Pelo menos 30% de todas as mortes por câncer nos Estados Unidos se devem ao tabagismo; outrossim, se estima que esse hábito causa 8 de cada 10 casos de câncer de pulmão. Cerca de 8,6 milhões de pessoas têm pelo menos uma doença grave causada pelo cigarro. No mesmo país, os custos diretos e indiretos das doenças relacionadas ao cigarro somam mais de US\$ 157 mil milhões anualmente (227). Fumar também constitui uma séria ameaça para a saúde dos adultos e crianças não fumantes que estão expostos à fumaça do cigarro, já que só nos Estados Unidos produz a morte por câncer de pulmão de aproximadamente 3.000 não fumantes por ano (226). Entre os adultos, os países com maior proporção de homens fumantes na Região das Américas são Cuba (48%), Equador (45,5%), Trinidad e Tobago (42,1%) e Peru (41,5%). Entre as mulheres adultas, a prevalência de uso de tabaco é maior na Venezuela (39,2%), Argentina (34%), Brasil (29,3%) e Cuba (26,3%). Entre os adolescentes (13 a 15 anos), a prevalência de tabagismo no sexo masculino é maior no Chile (34%), Bolívia (31%) e Peru (22%), enquanto que no sexo feminino as prevalências maiores foram reportadas no Chile (43%) Argentina (30%) e Uruguai (24%). Em todos os países a prevalência é maior no sexo masculino que no feminino, tanto em adultos como em adolescentes (228). Segundo o sistema de vigilância de fatores de risco do comportamento dos Estados Unidos, em 2002, 23% dos adultos nesse país (25% dos homens e 20% das mulheres) informaram ser fumantes atuais (definido como ter fumado pelo menos 100 cigarros em toda a vida e fumar atualmente todos os dias ou alguns dias). Em 2001, 28,5% dos estudantes de educação secundária que participaram em uma pesquisa informaram ter fumado cigarros um ou mais dias nos 30 dias anteriores à pesquisa; também foi observado que a idade média ao começar a fumar havia sido de 15,4 anos (227). Em 2000, 21,5% dos canadenses de 12 anos de idade ou mais eram fumantes cotidianos atuais (201).

Dieta e falta de atividade física

Mais da metade da população da Região das Américas é sedentária, pois não pratica a recomendação mínima de realizar 30 minutos diários de atividade moderadamente intensa, pelo menos cinco dias na semana. Em vários países, a proporção da população cuja saúde está em risco devido à falta de atividade física se aproxima a 60%.

Estimou-se que no Brasil, Chile, México e Peru, mais de duas terças partes da população não realizam atividade física de acordo com os níveis recomendados para obter benefícios de saúde. A participação em atividades físicas é menor nas mulheres que nos homens; maior nas pessoas com mais renda, e diminui a medida que avança a idade, em ambos os sexos (229).

Nos Estados Unidos, 25% dos adultos (28% das mulheres e 22% dos homens) informaram em 2002 que não realizavam atividade física durante seu tempo livre. Esta frequência foi 37% na

população hispânica, 33% na afro-americana e 22% na população branca. Mais de três quartas partes dos adultos (80% dos homens e 71% das mulheres) informaram que não consumiam a quantidade diária recomendada de frutas e verduras (227). 48% dos estudantes de educação secundária indicaram que não participavam de aulas de educação física (44% dos homens e 52% das mulheres) (227) e 79% (77% dos homens e 80% das mulheres) consumiam menos de cinco porções de frutas e vegetais por dia. Nesse país se considera que pelo menos 300.000 mortes ao ano estão associadas a uma dieta inadequada e falta de atividade física (227). No Canadá, segundo a Pesquisa de Saúde Comunitária Canadense, 53,5% das pessoas de 12 anos de idade ou mais eram fisicamente sedentárias; a falta de atividade física foi maior nas mulheres (57%) que nos homens (49,6%) (201). A falta de atividade física não é problema exclusivo dos países desenvolvidos. No município Villanova da Cidade de Guatemala (208), em uma pesquisa populacional de adultos foi observado que apenas 25% dos pesquisados eram fisicamente ativos (150 minutos ou mais por semana de atividade física moderada).

Estes fatores de risco têm lugar em um contexto social, cultural, político e econômico que pode agravar a saúde da população, a menos que sejam tomadas as medidas para criar um ambiente que promova a saúde. Entretanto, em muitos países em desenvolvimento, as políticas alimentares continuam focadas apenas na desnutrição e não foram ainda orientadas para a prevenção das doenças crônicas (230).

Sobrepeso e obesidade

As pessoas com obesidade, definida como um índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m², têm maior risco de sofrer doenças do coração, hipertensão arterial, diabetes mellitus, câncer de mama, câncer de cólon, litíase vesicular e artrite (227). Em 2005, mais de 1.000 milhões de pessoas no mundo tinham sobrepeso, das quais 805 milhões eram mulheres, e mais de 300 milhões eram pessoas obesas. Caso sejam mantidas as tendências atuais, se estima que mais de 1.500 milhões de pessoas terão sobrepeso em 2015 e que o IMC aumentará em quase todos os países do mundo. A cada ano pelo menos 2,6 milhões de pessoas morrem por causa de sobrepeso ou obesidade (231).

Em 2005, estimou-se que a prevalência de sobrepeso em mulheres de 30 anos de idade ou mais ultrapassava 50% em todos os países da Região; em alguns, como Estados Unidos, Jamaica, México, Nicarágua e outros países do Caribe, a prevalência foi maior que 75% (231). Nos Estados Unidos, a obesidade atingiu proporções epidêmicas, ao duplicar-se sua prevalência nas últimas duas décadas. Em 2000, os custos diretos e indiretos atribuídos à obesidade nos Estados Unidos foram de US\$ 117 mil milhões.

No mesmo país, em 2001, 11% dos estudantes de educação secundária tinham sobrepeso (14% dos homens e 7% das mulheres); além disso, 14% estavam em risco de adquirir sobrepeso (227). Em 2000, 44,8% dos canadenses de mais 12 anos de idade tinham sobrepeso (51,8% dos homens e 37,8% das mulheres),

sendo este um problema em todas as idades, mas que afeta, principalmente, as pessoas entre 35 e 64 anos. Adicionalmente, 19% apresentavam simultaneamente sobrepeso e sedentarismo, e a porcentagem dos que tinham sobrepeso, sedentarismo e tabagismo ao mesmo tempo era de 5,3% (201).

A prevalência do sobrepeso (IMC ≥ 25) padronizada por idade e sexo para as pessoas de 20 anos de idade ou mais foi mais alta na Nicarágua, El Salvador e Estados Unidos (65% a 70%), enquanto que Chile, Costa Rica e Guatemala apresentavam uma prevalência ajustada que ia de 60% a menos de 65%. Em Honduras esta prevalência foi de 57,6% e o Canadá apresentou a prevalência ajustada mais baixa (48,5%), ainda que os dados desse país incluam pessoas de 12 anos de idade ou mais (quadro 20).

Hipercolesterolemia

A hipercolesterolemia é um dos maiores fatores de risco independentes para doenças do coração e doenças cerebrovasculares. Considera-se que os níveis de colesterol total no sangue constituem um fator de risco quando chegam a ≥ 200 mg/dl. Uma diminuição de 10% nos níveis de colesterol total pode reduzir a incidência de doença coronária em 30%. Calculou-se que em 2001, 105 milhões de americanos (30,9% da população total; 32,2% dos homens e 29,8% das mulheres) tinham um nível de colesterol total acima dos valores normais, e que 80% destas pessoas não estavam em tratamento (227). No México, a Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2001 e 2002 verificou uma prevalência global de hipercolesterolemia de 43,3% (232).

Na Pesquisa Nacional de Fatores de Risco realizada na Argentina em 2005, 27,8% dos pesquisados que haviam medido o colesterol informaram tê-lo elevado (233). No Chile, a Pesquisa de Saúde realizada em 2003 verificou uma prevalência de colesterol total elevado de 25% (234). A Iniciativa Centro-americana de Diabetes (CAMDI, por sua sigla em inglês) realizou no período 2003–2004 uma pesquisa multinacional sobre diabetes mellitus, hipertensão arterial e seus fatores de risco, na qual a prevalência geral de hipercolesterolemia foi de 19,7% em Managua, Nicarágua (214), 45,7% em San José, Costa Rica (203) e 35,5% em Villa Nova, Guatemala (208).

Abuso do álcool

O abuso do álcool é considerado um fator de risco para doenças cardiovasculares tais como hipertensão, acidentes cerebrovasculares e diabetes. Em um estudo nacional realizado no Canadá (2000), foi verificada uma prevalência deste fator de risco de 7,8% entre os homens e 4,3% entre as mulheres (201). Na Argentina (2005), foi verificado 9,6% de consumo regular de álcool (definido como mais de uma taça em média por dia em mulheres ou duas taças em média por dia em homens) e 10,1% para o consumo episódico excessivo de álcool (definido como consumo de cinco ou mais taças em uma única oportunidade em pelo menos um dia, nos 30 dias prévios à entrevista) (233). Em um estudo populacional realizado em 2004 em Managua, Nicarágua,

foi verificado que 18% (36% dos homens e 7,9% das mulheres) informaram que haviam consumido cinco ou mais bebidas alcoólicas pelo menos uma vez nas quatro semanas que precederam a entrevista (214).

Nível educacional e econômico

O baixo nível de escolaridade foi usado como indicador de iniquidade em nossa Região. Vários estudos mostraram que as pessoas com pouca educação formal têm maior risco de apresentar DCNT (198, 233–235). A diabetes foi relacionada ao baixo nível de escolaridade em múltiplos estudos populacionais em adultos (234, 235) e idosos (198). A Pesquisa Nacional de Saúde do Chile (2003) mostrou também que a prevalência de hipertensão arterial, obesidade, sedentarismo e doenças crônicas das vias respiratórias foi significativamente mais alta entre as pessoas de baixo nível educacional.

As pessoas de baixas rendas estão mais expostas a apresentar DNT e a sofrer suas conseqüências. Na Argentina, de acordo com a Pesquisa Nacional de Fatores de Risco, a proporção de pessoas com hipertensão ou com mau controle da pressão arterial (pressão arterial >140/90 com tratamento) foi maior nas pessoas de menores rendas e naqueles sem cobertura de previdência social (233). Do mesmo modo, estudos realizados em adultos de várias cidades do Peru puseram em evidência que um nível mais alto de educação e de informação sobre a saúde confere proteção contra o sobrepeso nas mulheres; também verificaram que ao diminuir o nível socioeconômico aumenta a prevalência de vários fatores de risco (como o colesterol elevado, a diabetes, o sobrepeso e a obesidade) para as doenças crônicas. O risco relativo de apresentar doença cardiovascular no nível socioeconômico mais baixo foi quatro vezes maior que o dos estratos socioeconômicos mais altos (236, 237). Outros estudos realizados no Brasil, Chile e Peru demonstraram que as pessoas de baixas rendas eram as que menos praticavam atividade física (229).

A incidência e mortalidade por câncer de colo uterino também foram relacionadas com a pobreza, o acesso limitado aos serviços, a vida em zonas rurais e os baixos níveis de escolaridade, assim como com aspectos culturais e psicossociais. Por exemplo, uma análise realizada em 2004 verificou no Equador taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero mais altas nas mulheres mais pobres, especialmente naquelas das zonas rurais. Na Bolívia, as amplas variações da incidência e mortalidade por câncer de colo do útero dentro do país foram relacionadas ao acesso aos serviços, ao grau de escolaridade e à pobreza (238).

Resposta do sistema de saúde

A informação disponível, ainda que seja escassa, indica que as doenças crônicas constituem um problema de saúde enorme e crescente para América Latina e Caribe. As estratégias custo-efetivas para prevenir e controlar as DCNT são conhecidas e

estão documentadas. A resposta integrada às DCNT estaria conformada pela combinação de uma estratégia populacional (políticas públicas saudáveis, campanhas de comunicação, uso de marketing social e reorientação dos serviços de saúde) e uma estratégia individual (manejo dos fatores de risco e das doenças crônicas não-transmissíveis), assim como por um sistema de vigilância epidemiológica.

Ainda que tenha havido alguns avanços na prevenção e controle das doenças crônicas na América Latina, isto não se reflete ainda na situação de saúde. As estratégias multisetoriais e a reorientação dos modelos de atendimento para a prevenção, o controle de riscos e o tratamento oportuno das doenças crônicas ainda não estão presentes em todos os países da Região. Em 2001 e 2005, a OMS realizou pesquisas para avaliar a capacidade nacional para dar resposta às doenças não-transmissíveis (239); os resultados indicam que foi verificado um progresso nas atividades de prevenção e controle das DNT na América Latina e Caribe. Do total de 25 países desta região que responderam à pesquisa de 2005, 81% tinham um departamento de doenças crônicas no ministério de saúde, em comparação com 59% na pesquisa de 2001. A proporção de países que informou contar com um orçamento específico para doenças crônicas aumentou de 23% em 2000 para 59% em 2005. Do mesmo modo, a proporção de países que incluía DNT no relatório anual de saúde aumentou de 72% em 2000 para 96% em 2005, e os que contavam com sistemas de vigilância de DNT aumentaram de 50% em 2000 para 63% em 2005. Ainda que um número considerável dos países da América Latina pareça ter sistemas de vigilância para doenças crônicas, há escassez de dados publicados para avaliar o estado atual das DNT nestes países. Só foram verificadas publicações da Argentina, Barbados, Brasil, Chile e México, com dados nacionais que mostram a prevalência de DNT ou seus fatores de risco.

Mais de 80% dos países informaram que tinham protocolos para diabetes, hipertensão e câncer; 68% dos países referiram ter políticas para as doenças Crônicas, a maioria relacionadas ao sistema de saúde ou o sistema de informação. O Convênio Marco para o Controle do Tabaco e a Estratégia de Dieta, Atividade Física e Saúde prestam atendimento a políticas intersetoriais relacionadas à saúde da população e à prevenção dos riscos para as DCNT. A pesquisa da OMS sobre capacidade nacional mostrou que apenas 16% do total de países tinham planos para implementar a estratégia mencionada. Na América Latina, 27 países (até agosto de 2006) haviam assinado o Convênio Marco para o Controle de Tabaco, e apesar de mais de 80% dos países terem assinado o Convênio, é muito cedo para ver seu impacto na mortalidade.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

SAÚDE MENTAL

A saúde mental é uma área da saúde pública composta de múltiplos domínios. No âmbito da saúde, inclui a promoção e

prevenção primária e, do ponto de vista da doença, a recuperação da saúde mental e a diminuição das deficiências que gera o transtorno. Dado que a maioria dos países dedica seus esforços ao cuidado dos transtornos psiquiátricos, este relatório se refere, em grande medida, a este último aspecto.

Carga e magnitude dos transtornos mentais

Os estudos epidemiológicos realizados na década de noventa tornam patente um chamado à ação. Em 1990 estimou-se que as afecções psiquiátricas e neurológicas explicavam 8,8% dos anos de vida ajustados em função da deficiência na América Latina e Caribe; em 2002 essa carga havia ascendido a mais que o dobro, 22,2% (240, 241).

Apesar da magnitude da carga dos transtornos mentais, a resposta dos países é em geral limitada ou inadequada. A resultante é uma paradóxica situação de uma grande carga e uma resposta insuficiente, que se torna evidente nas atuais brechas de tratamento dos transtornos mentais e deficiências dos modelos de serviços em saúde mental (241).

Em uma revisão dos estudos epidemiológicos mais relevantes realizados na Região sobre os transtornos mentais, a prevalência média estimada no ano precedente foi de 1% para as psicoses não afetivas (entre elas a esquizofrenia), 4,9% para a depressão maior e 5,7% para o abuso ou dependência do álcool. Entretanto, não haviam recebido tratamento psiquiátrico algum (seja em um serviço especializado ou em um de tipo geral) mais da terceira parte das pessoas afetadas por psicoses não afetivas, mais da metade das afetadas por transtornos da ansiedade e cerca das três quartas partes das que dependiam ou abusavam do álcool (241).

Estudos realizados em alguns países expressam claramente estas brechas em termos da porcentagem de pessoas que requeriam tratamento e não o receberam. Por exemplo, nas psicoses não afetivas foi notificada uma brecha de 58% no Brasil (mês precedente à pesquisa) (242) e 44,4% no Chile (6 meses prece-

dentos) (243) (quadro 21); em Belize, a brecha para a esquizofrenia foi estimada em 63% (244).

Em conclusão, apenas uma minoria das pessoas que requerem atendimento relacionado à saúde mental o recebem, não obstante o sofrimento que os transtornos produzem, a deficiência que geram e o impacto emocional e econômico que têm na família e a comunidade. A esta situação deve ser adicionado o fato de que os transtornos mentais afetam em maior grau os estratos socioeconômicos mais baixos, para os quais os serviços são mais escassos.

Desastres e saúde mental

Muitos países da Região estiveram e estão expostos a desastres naturais e conflitos armados internos. Estes deixam em seu curso feridas e cicatrizes psicossociais que elevam as taxas de morbidade psiquiátrica e de outros problemas emocionais. Em um estudo realizado em Honduras depois do furacão Mitch, foram verificadas taxas elevadas de sintomas compatíveis com manifestações de estresse pós-traumático, depressão maior e abuso do álcool. Estas taxas nos residentes de bairros de baixo nível econômico chegaram dentro no primeiro trimestre depois do desastre a 15,7%, 25,9% e 8,0%, respectivamente (245).

A resposta

Há diversos indicadores sobre a resposta dos países a suas necessidades de saúde mental. Quase 73% dos países da Região contam com políticas explícitas de saúde mental; entretanto o grande desafio na atualidade é a aplicação dessas políticas e planos nacionais. Outrossim, 75% contam com legislação específica, ainda que em nem todos os países esteja atualizada. 78,1% dos países conta com designação orçamentária especificamente destinada a saúde mental, ainda que em alguns a proporção do orçamento designada a este item seja cerca de 1% do orçamento total

QUADRO 21. Brecha no tratamento^a das doenças mentais, Brasil, Chile e México.

Transtorno	São Paulo, Brasil (1 mês precedente à pesquisa)	Chile (6 meses precedentes à pesquisa)	México, Distrito Federal (toda a vida)
Psicoses não afetivas	58,0	44,4	—
Depressão maior	49,4	46,2	43,4
Distímia	43,8	32,4	78,5
Transtorno bipolar	46,0	50,2	74,1
Ansiedade generalizada	41,1	44,2	72,2
Transtornos de pânico	47,8	22,7	70,0
Transtorno obsessivo-compulsivo	—	27,6	92,1
Abuso ou dependência do álcool	53,3	84,8	—

^aBrecha expressada em termos da porcentagem de pessoas que necessitavam de tratamento e não o receberam.

Fonte: Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B: Los trastornos mentales en América latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Pública 2005; 18 (4/5): 229–240, 2005.

“A América Latina se encontra em uma transição: ainda não assumiu as características das sociedades tecnologicamente avançadas, ao mesmo tempo em que as doenças predominantes são de tipo agudo ou Crônico e estão determinadas por fatores ambientais suscetíveis de prevenção.”

Abraham Horwitz, 1964

em saúde. Por exemplo, El Salvador, Guatemala e Nicarágua foram objeto de uma exploração exaustiva do estado do sistema de saúde mental, na qual foi verificado que se dedica à saúde mental 1% ou menos do orçamento geral de saúde e deste, aproximadamente 90% são investidos nos hospitais psiquiátricos (246). Este esquema de gastos limita o avanço dos modelos alternativos de saúde mental comunitários.

O controle dos transtornos psiquiátricos requer, entre outras modalidades terapêuticas, intervenções farmacológicas e psicossociais que podem ser oferecidas por meio do atendimento primário da saúde. Entretanto, no estudo centro-americano antes mencionado, foi mostrado que em muitas ocasiões a rede de serviços ambulatoriais não dispõe de psicofarmacos essenciais.

Outra forma de medir a resposta é avaliando o número de profissionais especializados disponíveis. Nas Américas há 2 psiquiatras por 100.000 habitantes, o que corresponde a uma fração dos que há na Europa (9,8 psiquiatras por 100.000 habitantes). A comparação entre a Europa e a América é mais favorável em relação aos profissionais de psicologia, já que são 3,1 e 2,8 por 100.000 habitantes, respectivamente (247).

Perspectivas de mudança

Desde 1990, quando foi adotada a Declaração de Caracas, os países da América Latina e Caribe fizeram da reestruturação do atendimento psiquiátrico um eixo chave de suas estratégias, a fim de superar a assistência proporcionada em manicômios e em seu lugar promover a transferência do atendimento à comunidade.

Esta estratégia de transformação foi ratificada em Brasília em novembro de 2005 durante a Conferência Regional para a Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, onde foi avaliado o progresso desse processo, com a participação de quase todos os países da Região. Não obstante, ainda em 4 de 5 países a maior proporção de leitos psiquiátricos está localizada nos hospitais psiquiátricos — ao invés dos hospitais gerais — e a um quarto dos países ainda lhes falta desenvolver o atendimento psiquiátrico na comunidade. Entretanto, ocorreram transformações importantes que permitem supor que o movimento de reforma será estendido (248).

A declaração final da Conferência de Brasília adverte que os serviços de saúde mental devem enfrentar novos desafios técnicos e culturais que se tornaram mais evidentes nestes últimos 15 anos. Alguns desafios são a vulnerabilidade psicossocial, que in-

clui a problemática das populações indígenas e as conseqüências adversas da urbanização desorganizada das grandes metrópoles; o aumento da morbidade e a problemática psicossocial da infância; o aumento da demanda, por parte da sociedade, de serviços que facilitem a adoção de medidas efetivas de prevenção e abordagem precoce da conduta suicida e do abuso de álcool; e o aumento crescente das diferentes modalidades de violência, que exige uma participação ativa dos serviços de saúde mental, em especial com referência ao atendimento das vítimas.

É indubitável que a saúde mental veio escalando sua posição na agenda das sociedades e países, do qual alguns exemplos são a Resolução dos Corpos Diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde em matéria de saúde mental de 2001, a existência de experiências locais e nacionais bem-sucedidas, a emergência de novas associações de usuários e familiares e o aumento da promoção da causa. Abrem-se possibilidades cada vez maiores de intervenções custo-eficientes (249), o que permite supor que a resposta, ainda limitada, será mais satisfatória com o transcurso do tempo.

SAÚDE ORAL

A saúde oral continua sendo um aspecto crítico das condições gerais de saúde na Região das Américas, por sua contribuição para a morbidade total, os altos custos de tratamento e o aumento da iniquidade em saúde oral; a isso contribuem os serviços de saúde oral de baixa qualidade, a limitada cobertura, o aumento dos custos de tratamento e o baixo investimento em programas de saúde pública odontológica. Desde 1995, foram conduzidas 40 pesquisas nacionais de saúde oral nas Américas, cujos resultados indicam uma diminuição de entre 35% e 85% na prevalência de cárie dentária (250); entretanto, a morbidade oral continua sendo alta em comparação com outras regiões do mundo (251). Em resposta, foram projetadas estratégias para diminuir a morbidade oral e promover um acesso mais equitativo aos serviços odontológicos, fundamentadas nos bem-sucedidos modelos dos programas de fluoretação nas últimas décadas, a promoção de tecnologias simples e custo-efetivas e o estabelecimento de sistemas de saúde integrados que combinem serviços de saúde oral e geral (252).

Cárie dental

Uma das metas que foi proposta a OPAS em 1999 foi reduzir a prevalência da cárie dentária em 50% em toda a Região (253).

Para esse fim, se trabalha em cooperação com cada país para realizar a vigilância epidemiológica da cárie dental, por meio de estudos clínicos transversais em grupos específicos (coortes) seguindo os protocolos estabelecidos pela OMS (254).

Em 2000, a OMS estabeleceu como meta de saúde bucodental um índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) menor que 3 para a idade de 12 anos. Anguila, Antígua e Barbuda,

Aruba, Bahamas, Barbados, Belize, Bermuda, Canadá, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Curaçau, Dominica, Equador, El Salvador, Estados Unidos da América, Granada, Guiana, Haiti, Ilhas Caimã, Ilhas Turcas e Caicos, Jamaica, México, Nicarágua, Peru, Saint Kitts e Nevis, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai, Venezuela e alguns estados do Brasil obtiveram um CPOD médio de 3. A Bolívia e a República Dominicana, assim como algumas regiões do Chile, ainda têm um CPOD médio superior a 4 (255). Caso se classifiquem os países da Região com base na porcentagem de crianças livres de cárie, são observados dois padrões geográficos. O primeiro, constituído por países como Belize, Guiana, as Ilhas Caimã, Jamaica e os Estados Unidos, onde 40% ou mais das crianças de 12 anos de idade não apresentam cáries. O segundo o conformam Bolívia, Equador, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai e a República Dominicana, onde entre 10% e 25% das crianças de 12 anos têm um CPOD igual a zero (255).

Ainda que desde a década de 1980 até a atualidade exista grande variabilidade nos porcentagens de redução de cárie dentária (de 2,5% em Bahamas a 89,5% em Belize), como pode ser visto no quadro 22, cabe destacar que todos os países mostram uma diminuição do CPOD médio aos 12 anos de idade (255). Em países que realizaram pesquisas de saúde oral entre 2002 e 2004, como Guatemala, Suriname e Trinidad e Tobago, são observadas porcentagens de redução de cárie dentária de 35,8%, 71,2% e 87,8%, respectivamente, quando são comparados os dados com pesquisas realizadas na década de 1980 (figura 25). Caso a tendência observada continue, é de se esperar que a maior parte dos países da Região consiga diminuir a prevalência de cárie dentária para o ano de 2015 a um CPOD médio <1,5 aos 12 anos de idade. Espera-se uma redução constante nas sub-regiões Andina, do Caribe e Cone Sul, e uma mais marcada na América Central (figura 26). Estas projeções são aproximações da porcentagem de redução de cárie dental, calculadas com base em dados de países que têm estudos epidemiológicos conduzidos com intervalos mínimos de 10 anos.

Apesar da diminuição do CPOD, principalmente no componente de cariados, existe ainda uma grande disparidade entre países quando é analisada a contribuição para o CPOD dos componentes de obturados e perdidos. Existe um grande contraste entre países como Costa Rica, as Ilhas Caimã e os Estados Unidos da América que têm porcentagens elevadas (49%–71%) de dentes obturados, e outros países como Bolívia, Equador, Honduras, Panamá, Paraguai e a República Dominicana, onde mais de 80% do CPOD corresponde à presença de dentes sem tratar (255).

A OPAS desenvolveu uma tipologia para indicar o perfil de saúde oral com base no CPOD aos 12 anos de idade e poder fazer comparações entre países (250). A tipologia é dividida em três estágios de gravidade da doença: 1) *Emergente*, definido como um CPOD-12 >5 e ausência de um programa nacional de fluoretação; 2) *Crescimento*, representado por um CPOD-12 de 3–5 e ausência de um programa nacional de fluoretação, e 3) *Consolidação*, definido por um CPOD-12 < 3 e presença de um pro-

grama nacional de fluoretação. O progresso na redução da cárie dentária se vê refletido na mudança significativa do perfil epidemiológico através da Região. De 1996 a 2005, houve um aumento de 51,3% em relação a países que passaram do crescimento à consolidação, enquanto que cerca de 22% dos países passaram do estágio *emergente* ao de *crescimento* ou diretamente à *consolidação*, como no caso de Belize, El Salvador, Haiti, Nicarágua e Peru (quadro 23).

Fluoretação nas Américas

A incorporação de fluoretos sistêmicos à água e ao sal para consumo humano provou ter efeitos benéficos para prevenir a cárie em vários países da América e Europa (256–258). A fluoretação da água para beber foi um fator significativo na redução da prevalência de cárie na América do Norte (259); igualmente, foram reportados efeitos benéficos do consumo de sal fluoretado (260–262).

Desde 1994, a OPAS pôs em prática um plano multianual para prevenir as cáries na Região, baseado na fluoretação do sal e da água. O plano é guiado por três princípios operacionais: 1) prevenção das cáries, 2) formação da capacidade técnica e 3) sustentação dos programas. A distribuição dos programas de fluoretação varia na Região de acordo com o tipo de sistema utilizado (água ou sal), cobertura e status. Na atualidade, 16 países contam com sistemas operacionais de água ou sal, ou ambos (Argentina, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, Estados Unidos, Jamaica, México, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela); seis países iniciaram o desenvolvimento de algum sistema (Belize, El Salvador, Guatemala, Nicarágua, Panamá, Paraguai) e três países têm planejada a importação de sal fluoretado (Granada, Guiana e Suriname). Segundo o tipo de sistema, apenas seis países contam com sistemas de fluoretação de água em nível nacional (Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos e Panamá); a cobertura é de 65% em São Paulo, Brasil, e de 67% nos Estados Unidos (255).

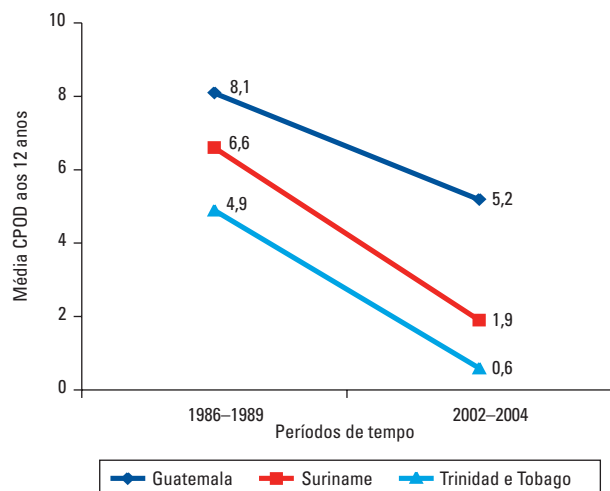
Costa Rica, Jamaica e México são os casos mais bem-sucedidos de fluoretação de sal. Os dois primeiros introduziram os programas de fluoretação em 1987, enquanto que o México o fez em 1991. Dados epidemiológicos da segunda metade da década de 1980 até a metade da de 1990 mostram porcentagens de redução anualizadas de cárie dentária em dentição permanente de crianças de 12 anos de idade entre 6,6% (México) e 15,2% (Jamaica) (255). Espera-se que este panorama seja replicado em outros países da Região como Equador, Peru e Uruguai, que iniciaram programas de fluoretação do sal na metade da década de 1990. Outros veículos de fornecimento de fluoreto foram utilizados com êxito na Região, como o demonstrou o esquema de fluoretação do leite em Codigua, Chile, entre 1994 e 1999 (263). Espera-se que para 2010, cerca de 400 milhões de pessoas na América Latina e Caribe tenham acesso a algum tipo sistêmico de fluoretação (sal ou água) (255).

QUADRO 22. Índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) e porcentagem de redução em crianças de 12 anos de idade, países selecionados, Região das Américas, 1980–2004.

País	Ano/ Período	CPOD	Ano/ Período	CPOD	Redução (%)	Redução anualizada (%)
América do Norte						
Canadá	1982	3,2	1990	1,8	43,8	6,9
Estados Unidos	1986–1987	1,8	1988–1991	1,4	21,8	7,9
México	1988	4,4	1997–1998	3,1	29,6	3,5
	1987	4,6	2001	2,0	45,7	6,5
América Central e Panamá						
Guatemala	1987	8,1	2002	5,2		
Belize	1989	6,0	1999	0,6	89,5	20,2
El Salvador	1989	5,1	2000	1,4	74,5	11,7
Honduras	1987	7,7	1997	4,0	48,4	6,4
Nicarágua	1983 1988	6,9 5,9	1997	2,8	60,0 (1983–1997)	6,3
Costa Rica	1988	8,4	1992	4,9	42,2 (1988–1992)	12,8
			1999	2,5	72,5 (1988–1999)	10,6
Panamá	1989	4,2	1997	3,6	13,3	1,8
Área Andina						
Venezuela	1987	3,7	1997	2,1	42,2	4,1
Colômbia	1977					
	1980	4,8	1998	2,3	52,1	3,7
Equador	1988	5,0	1996	2,9	40,5	5,9
Peru	1988	4,8	1990	3,1	N/D	
Bolívia	1981	7,6	1995	4,6	39,3	3,5
Chile	1987	6,0	1992 1996	4,7 4,1	47,8 (1987–1999)	7,0
			1996	3,4	12,8 (1992–1996)	3,4
Cone Sul e Noroeste da América do Sul						
Argentina	1987	3,4				
Uruguai	1983–1987	8,5	1992	4,2		
			1999	2,5	40,6 (1992–1999)	7,2
Paraguai	1983	5,9	1999	3,8	35,1	2,7
Brasil	1986	6,6	1996	3,1	54,0 (1986–1996)	7,5
Suriname					1992 2002	2,7 1,9
Guiana	1983	2,7	1995	1,3	51,9	5,9
Caribe						
Anguila	1986	7,5	1991	2,5	66,7	19,7
Bahamas	1981	1,6	2000	1,3	2,5	0,1
Ilhas Caimã	1989–		1995	1,1		
	1990	4,6	1999	0,9	63,0	16,6
Jamaica	1984	6,7	1995	1,1	83,9	15,2
República Dominicana	1986	6,0	1997	4,4	26,0	2,0
Saint Kitts e Nevis	1979–1980	5,5	1998	2,6	53,4	3,8

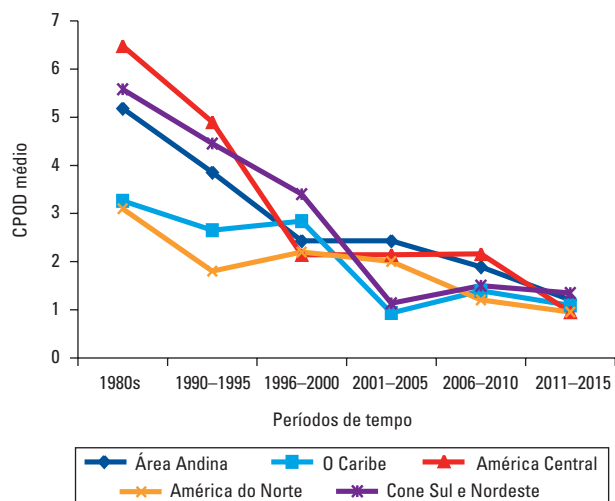
Fonte: Estupiñán-Day, S. "Promoting Oral Health: The Use of Salt Fluoridation to Prevent Dental Caries", Pan American Health Organization, Scientific and Technical Publication N° 615, Washington, D.C., PAHO, 2005.

FIGURA 25. Redução do número de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) aos 12 anos de idade, Guatemala, Suriname e Trinidad e Tobago, década de 1980 e 2002–2004.



Fonte: Estupiñán-Day, S. (2005). "Promoting Oral Health: The Use of Salt Fluoridation to Prevent Dental Caries." Pan American Health Organization, (PAHO/WHO), Washington, D.C. Scientific and Technical Publication No. 615, Reviewed by John J. Warren, DDS, MS. Journal of Public Health Dentistry, 2006.

FIGURA 26. Número médio de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) aos 12 anos de idade, por sub-regiões, Região das Américas, 1980–2015.



Fonte: Tellez, M. Progress Report No. 1 (Development Stage of Chapter Oral Health). Pan American Health Organization, julho 2006.

Fluorose dental

A fluorose dental não é considerada uma doença, como a cárie, mas sim uma alteração da mineralização do esmalte dental que resulta da alta exposição ao flúor nos estágios de for-

mação e maturação no desenvolvimento dos dentes. Em todos os programas preventivos nos quais seja administrado fluoreto sistêmico a crianças menores de 8 anos de idade, pode ser esperado um aumento de 10% a 15% na prevalência das formas mais leves de fluorose. Por esse motivo, é uma das afecções que é recomendável incluir nos programas de vigilância epidemiológica oral da Região.

Estudos epidemiológicos conduzidos na segunda metade da década de 1990 demonstraram uma prevalência de fluorose entre 2,3% (Honduras) e 25,6% (Chile). A alta prevalência de fluorose não se deve apenas ao consumo de água ou sal fluoretado, mas também ao uso de pasta dental com flúor, aos programas preventivos de suplementos de flúor, como no caso das Bahamas (onde a prevalência de fluorose é de 24%) e aos altos conteúdos naturais de flúor na água (>1,5mg/L) encontrados em Belize, Bolívia, Costa Rica, Paraguai e República Dominicana. Estudos transversais mais recentes conduzidos na Colômbia (264), Estados Unidos (265) e México (266, 267) informaram sobre um aumento na prevalência de fluorose dental, particularmente em crianças de idade escolar e população adulta jovem.

Uma revisão do publicado sobre o tema deu como resultado que a prevalência de fluorose (leve a grave) no México varia de 30% a 100% em zonas com água fluoretada naturalmente, e de 52% a 82% onde é utilizado sal fluoretado (266, 267). Na Colômbia, 1.061 estudantes de escola primária foram examinados na região central de Caldas; destes, 63% tinham fluorose de algum grau (56% leve e muito leve, 7% moderada ou grave) (264).

Técnica Restauradora Atraumática

Na América Latina, o tratamento restaurador tradicional para a cárie dentária é a amálgama, técnica que é cara e não muito acessível, particularmente, para as pessoas de escassos recursos econômicos. A Técnica Restauradora Atraumática (TRA), amplamente utilizada em outras partes do mundo (268–270), é um tratamento bem-sucedido com grande potencial na Região. A técnica consiste em remover o tecido cariado apenas com instrumentos manuais, e restaurar a cavidade preparada com um material de obturação adesivo, como o ionômero de vidro, o que apóia o conceito restaurador de intervenção mínima (271). O propósito da técnica é retirar tecido dentinal externo desmineralizado, que não requer anestesia, com o que se reduz significativamente a dor e o medo do paciente (268, 269). Entretanto, a falta de informação acerca da relação custo-efetividade desta técnica em comparação com o tratamento convencional de amálgama, e de seu êxito quando pessoal não tradicional (auxiliares dentários) realiza as restaurações, impulsionaram a realização de um ensaio clínico prospectivo por parte da OPAS e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (272).

O estudo foi realizado no Equador, Panamá e Uruguai, levando em conta as diferenças geográficas, epidemiológicas e econômicas dos três países. Participaram no estudo cerca de

QUADRO 23. Mudanças nos estágios da tipologia em saúde oral, Região das Américas,^a em torno de 1996 e 2005.

	1996			2005		
	Emergente	Crescimento	Consolidação	Emergente	Crescimento	Consolidação
Anguila					✓	
Argentina		✓		✓		
Aruba						✓
Bahamas			✓			✓
Barbados						✓
Belize	✓					✓
Bermuda			✓			✓
Bolívia		✓		✓		
Brasil		✓				✓
Canadá			✓			✓
Chile		✓		✓		
Colômbia		✓				✓
Costa Rica		✓				✓
Cuba			✓			✓
Curaçau						✓
Dominica			✓			✓
Equador		✓				✓
El Salvador	✓					✓
Estados Unidos			✓			✓
Granada						✓
Guatemala	✓			✓		
Guiana			✓			✓
Haiti	✓					✓
Honduras	✓			✓		
Ilhas Caimã						✓
Islas Tucas e Caicos						✓
Jamaica			✓			✓
México		✓				✓
Nicarágua	✓					✓
Panamá		✓		✓		
Paraguai	✓			✓		
Peru	✓					✓
Porto Rico		✓				
República Dominicana	✓			✓		
Santa Luzia				✓		
Suriname		✓				
Trinidad e Tobago		✓				✓
Uruguai		✓				✓
Venezuela		✓				✓

^aEstágio emergente: CPOD > 5; estágio de crescimento: CPOD 3-5; estágio de consolidação < 3.

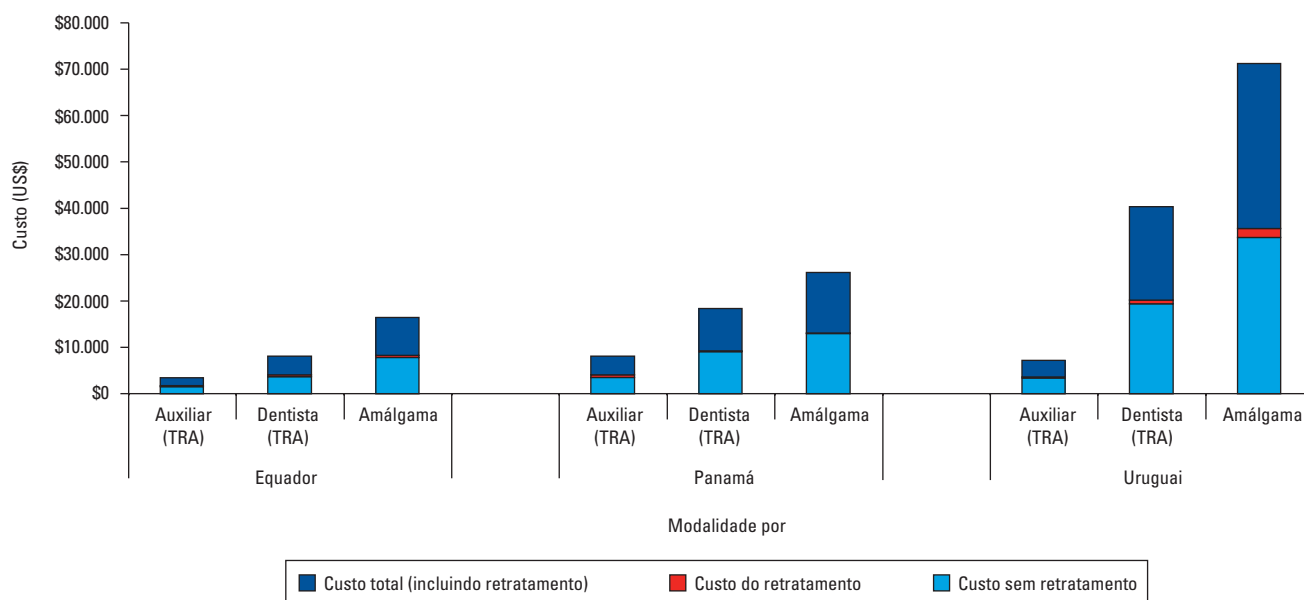
Fonte: Estupiñán-Day, S. "Promoting Oral Health: The Use of Salt Fluoridation to Prevent Dental Caries", Pan American Health Organization, Scientific and Technical Publication N° 615, Washington, D.C., PAHO, 2005.

1.630 crianças entre 6 e 9 anos de idade que apresentavam lesões de cáries em nível de esmalte ou dentina, ou ambos, nos primeiros molares permanentes. As crianças foram designadas aleatoriamente a um grupo de tratamento (TRA ou amálgama) e foram reexaminadas depois de 12 e 24 meses (e serão examinadas aos 36 meses) para avaliar as restaurações (seguindo os critérios para restaurações TRA e do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos da América) e a aparição de novas lesões. Com o propósito de comparar possíveis diferenças nas taxas de falha das

restaurações e nos custos de acordo com o fornecedor do serviço, tanto dentistas como auxiliares dentários aplicaram a técnica TRA. Durante o processo foi registrada a informação sobre os materiais utilizados para cada técnica e os tempos requeridos para sua aplicação; também foi feita uma estimativa da relação custo-efetividade (272).

Os resultados preliminares do estudo demonstram claramente a superioridade da técnica TRA em termos de relação custo-efetividade quando se a compara com a amálgama. Apesar da pro-

FIGURA 27. Custo-efectividade^a da Técnica Restauradora Atraumática (TRA) e da técnica de amálgama, segundo fornecedor do serviço, Equador, Panamá e Uruguai, 2006.



^a Em um ano, considerando principalmente os tratamentos prevenidos (cifras em US\$).

Nota: Os custos totais incluindo re-tratamentos foram calculados com base no seguinte número de restaurações falidas em um período de um ano: Equador—Auxiliar TRA: 159; Dentista TRA: 105; Dentista Amálgama: 57. Panamá—Auxiliar TRA: 157; Dentista TRA: 19; Dentista Amálgama: 9. Uruguai—Auxiliar TRA: 58; Dentista TRA: 40; Dentista Amálgama: 58.

Fonte: Estupiñán-Day S., Milner T., Tellez M. (2006). "Oral Health of Low Income Children: Procedures for Atraumatic Restorative Treatment (TRA). Final Report. Pan American Health Organization, (PAHO/WHO) and Inter-American Development Bank (IADB). Washington, D.C. ATN/JF-7025-RG-Project No. 091024.

babilidade de falha da restauração ser maior quando os auxiliares aplicaram a técnica TRA que quando os dentistas aplicaram a técnica de amálgama no Equador e Panamá, a redução de custos pode ser significativa. Caso se considerem os equipamentos e materiais, o pessoal por procedimento e as substituições de restaurações falidas, o custo total de tratar e substituir as restaurações mediante auxiliares durante um ano é a metade do custo de ter um dentista usando TRA, e menos de um terço do custo de um dentista obturando com amálgama (figura 27) (272). A implementação do TRA como novo modelo de serviços de saúde oral em grande escala, integrado aos sistemas de atendimento primário e com a participação de pessoal com diferentes níveis de formação acadêmica (dentistas, auxiliares), poderia reduzir as iniquidades no acesso aos serviços de saúde (272).

Doença periodontal e sua relação com doenças sistêmicas

A doença periodontal é uma das duas principais afecções orais da população mundial, com uma prevalência e gravidade muito altas (273). Atualmente, os indicadores clínicos da doença com maior validade são a perda de inserção clínica e a perda óssea. Entretanto, muito poucos estudos representativos na Região empregaram estes indicadores (274). O indicador de uso

mais comum é o índice periodontal comunitário (IPC), recomendado pela OMS para gerar perfis populacionais de doença periodontal nos países e realizar comparações internacionais (254). Apesar de ser um indicador prático para estudos epidemiológicos, sua validade foi questionada em múltiplas ocasiões por não ser o suficientemente sensível para avaliar a extensão e a gravidade da doença (274).

Na Região, a gengivite ocorre quase de maneira generalizada e com maior frequência em população de níveis socioeconômicos baixos; outrossim, afeta mais os homens que as mulheres (274). Por outro lado, a prevalência total de doença periodontal grave varia entre 4% e 19% (274). Na Região estas variações se devem, em parte, a diferenças metodológicas mais que a variações geográficas. A doença periodontal tem fatores de risco comuns para transtornos ou afecções não-transmissíveis, tais como tabagismo, má nutrição, consumo excessivo de álcool, estresse, diabetes mellitus e outros transtornos sistêmicos (273). O enfoque de fatores de risco relacionados ao comportamento e ambientais pode ser de suma importância para elaborar estratégias efetivas de prevenção da doença.

A cavidade oral abriga microorganismos e infecções oportunistas que podem afetar remotamente outros órgãos do corpo. Alguns fatores de risco de doenças sistêmicas frequentemente coexistem com as doenças orais, e estas foram associadas com

doença cardiovascular, diabetes e infarto (275). As infecções que afetam a mulher durante a gravidez podem produzir alterações no sistema hormonal que regula a gestação, o que pode resultar em desfechos negativos como parto prematuro, ruptura prematura de membranas e baixo peso ao nascer (276, 277). Demonstrou-se a associação entre o parto prematuro ou o baixo peso ao nascer e a doença periodontal, já que esta pode ter mecanismos patogênicos similares a outras infecções maternas, como foi verificado em ensaios clínicos controlados na população chilena (278, 279).

SAÚDE OCULAR

Cegueira e perda da visão

A Classificação Internacional de Doenças, em sua Décima Revisão, catalogou a agudeza visual inferior a 20/70 (6/18) como deficiência visual, e a de menos de 20/400 (3/60) no olho com melhor visão, como cegueira. A carga da deficiência visual não está distribuída de maneira uniforme. Em muitos países da América Latina e Caribe se calcula que, por cada milhão de habitantes, 5.000 são cegos e 20.000 têm transtornos visuais; pelo menos dois terços são atribuíveis a condições que podem ser tratadas, como as cataratas, os defeitos de refração, a retinopatia diabética e o glaucoma, tal como mostrado na figura 28. Cerca de 85% dos casos de cegueira são apresentados em pessoas de 50 anos de idade ou mais (280–282).

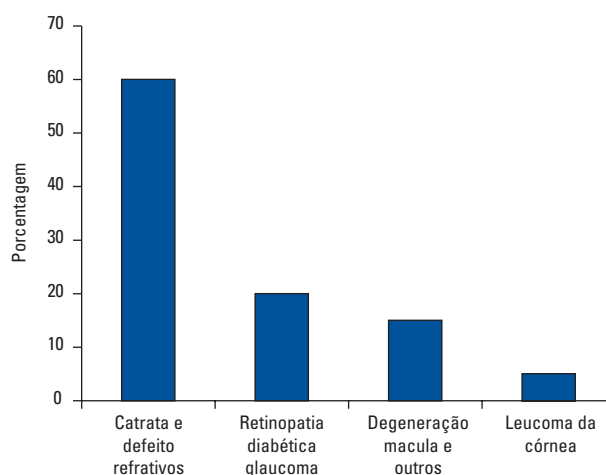
Entre 1999 e 2005, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Christoffel Blindenmission (CBM) fomentaram e apoiaram, em um plano nacional, as avaliações rápidas de cegueira evitável e os serviços cirúrgicos de catarata em Cuba, Paraguai e Venezuela. Por outro lado, foram realizados estudos similares em zonas urbanas de Buenos Aires, Argentina, Campinas, Brasil, e Guadalajara, México. Foram desenvolvidas avaliações rurais rápidas em Piura e Tumbes, no Peru, assim como em Chimaltenango, Guatemala (283).

A prevalência de cegueira em indivíduos de 50 anos de idade ou mais variou de 2,3% a 3% nas pesquisas nacionais (283); a prevalência nas zonas urbanas de Campinas, Brasil, e Buenos Aires, Argentina, foi de 1,4% (284) e nas zonas rurais de Guatemala e Peru, de cerca de 4% (285).

A proporção de casos de cegueira devida à catarata em pessoas de 50 anos de idade ou mais variou em um faixa de 39% nas zonas urbanas do Brasil e Argentina (284), a cerca de 65% nas zonas rurais da Guatemala e Peru (285). As avaliações nacionais indicaram que cerca de 60% dos casos de cegueira são devidos a cataratas (283). Na América Latina, a cobertura do atendimento médico ocular para pessoas cuja agudeza visual é inferior a 20/200 é de aproximadamente 80% nas áreas urbanas com um bom desenvolvimento, e de 10% nas áreas rurais e remotas (283).

A qualidade dos procedimentos cirúrgicos é sumamente variável; nas zonas rurais, 30% dos olhos submetidos à cirurgia de

FIGURA 28. Causas de cegueira na América Latina e Caribe, 2007.



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde. Estimativas próprias.

catarata com lentes intraoculares podem ter uma agudeza visual inferior a 20/200, ao contrário de 8% das pessoas operadas com esta técnica em zonas urbanas bem desenvolvidas (283).

Nos Estudos de Oftalmologia de Barbados foi verificada, em pessoas de 40 a 84 anos de idade, uma prevalência de 42% com opacidade do cristalino; 7% com glaucoma de ângulo aberto e menos de 1% com degeneração macular relacionada à idade (286). A prevalência de glaucoma de ângulo aberto variou de acordo com os diferentes grupos étnicos, de tal maneira que nos brancos foi de 0,8%, nos mestiços de 3,3% e nos afro-descendentes de 7% (286).

Na América Latina, a retinopatia diabética constitui uma das principais causas de cegueira, depois da catarata e o glaucoma (282). Os resultados de uma pesquisa sobre diabetes e cegueira realizada na República Dominicana indicaram que 5% da cegueira se devia à retinopatia por diabetes (287). Nos Estudos de Barbados foi verificado que entre os indivíduos de origem africana, um de cada 17 sujeitos tinha de retinopatia por diabetes; por outro lado, 29% das pessoas com diabetes tinham retinopatia (288).

Os defeitos de refração não corrigidos são a causa mais comum de deficiência visual bilateral em todas as décadas da vida (289). Por outro lado, 22% da população caribenha de 40 a 84 anos de idade têm miopia, enquanto que 47% têm hipermetropia (290). Em um estudo realizado em 6.998 escolares de Santiago do Chile, foi verificado que mais de 7% poderiam beneficiar-se de óculos adequados, mas que 70% desse grupo não havia recebido correção ótica ao realizar o exame ocular (291).

Na América Latina, a oncocercose é agrupada em 13 focos em seis países: Brasil, Colômbia, Equador, Guatemala, México e Venezuela. Esta doença afeta cerca de meio milhão de pessoas,

ainda que não seja uma causa importante de cegueira ou de deficiência visual. Atualmente, o Programa para a Eliminação da Oncocercose nas Américas oferece apoio técnico e financeiro. Nas comunidades endêmicas é administrado o tratamento com Mectizán® duas vezes ao ano e 12 dos 13 focos já têm a cobertura esperada de 85% (292).

No geral, nos países da América Latina e do Caribe a deficiência de vitamina A é subclínica. Nos anos oitenta foi notificado como um problema de saúde pública na Bolívia, Haiti, Honduras e Nicarágua (293, 294). As intervenções estão integradas aos sistemas de nutrição, imunização e atendimento primário à saúde, a fim de eliminar a carência desta vitamina.

O tracoma — ocasionado pela infecção por *Chlamydia trachomatis* — não constitui uma causa importante de cegueira na América Latina. Foram identificados alguns focos no Brasil, Guatemala e México (295). O Brasil conta com um programa de controle do tracoma, em nível federal, mediante o qual foi aplicada uma pesquisa nacional sobre esta doença nas escolas de 11 estados do país; foi verificada uma prevalência da doença ativa em 5,2% das crianças de 1 a 9 anos de idade. Neste programa é proporcionado tratamento antibiótico e não há dados sobre a operação cirúrgica da triquiase (296). Na Guatemala, o tracoma afeta 92 comunidades; uma organização não-governamental realiza o rastreamento em indivíduos de 1 a 40 anos de idade e proporciona antibióticos e tratamento da triquiase. No estado de Chiapas, no México, foi posto em operação o Programa de Prevenção e Controle do Tracoma mediante a estratégia SAFE (por sua sigla em inglês), que compreende a correção cirúrgica da triquiase, o uso de antibióticos, a higiene facial e melhorias ambientais (296); este programa está a ponto de conseguir a eliminação da doença nesse estado (nenhum outro estado de México notificou casos ativos de tracoma).

A prevalência de cegueira infantil na América Latina é de 4 a 6 por cada 10.000 crianças (297); de 34% a 44% dos casos de cegueira infantil são preveníveis ou tratáveis. As causas preveníveis mais comuns são a rubéola, a toxoplasmose e a oftalmia do neonato, enquanto que as doenças tratáveis que são apresentadas com maior frequência são a catarata e o glaucoma congênitos, assim como a retinopatia da prematuridade (ROP) (297). Em diferentes estudos foi verificado que a ROP é a etiologia mais comum na Região, em particular naqueles países onde foram introduzidos serviços de cuidados intensivos neonatais para os bebês com baixo peso ao nascer (297, 298).

Custo da cegueira

A perda anual no produto interno bruto (PIB) devida à cegueira está sendo calculada por meio dos custos diretos e indiretos vinculados à deficiência visual, tais como os custos médicos diretos, a perda de rendas, o custo para as pessoas que oferecem atendimento aos cegos, inclusive a perda de salário, ajudas, equipamento, modificações no lar e sofrimento, entre outros (299). No

ano 2000, se calculou que a perda anual no PIB devida à cegueira e à diminuição da agudeza visual na América Latina e Caribe foi de US\$ 3.209 milhões. Os programas de prevenção da cegueira dão lugar à considerável economia nas economias nacionais. Estima-se que para o ano de 2020, a perda anual de PIB na América Latina e Caribe por cegueira e diminuição da agudeza visual possa ser de US\$ 9.983 milhões, em contraste com US\$ 3.702 milhões caso sejam colocados em prática programas de prevenção da cegueira em todos os países da Região (299, 300).

Êxitos no controle da doença

Na América Latina e Caribe, a taxa de cirurgia de cataratas (TCC: número anual de cirurgias de cataratas por milhão de habitantes) varia segundo o desenvolvimento social e econômico alcançado em cada país. Com os anos, esta taxa tem aumentado na maioria dos países; em 1999, apenas 17% tinham uma TCC de mais de 1.500 (301); em 2006, quase a metade alcançou essa mesma TCC. Em 1995, apenas 25% dos países contavam com um serviço de atendimento especializado para a baixa visão, onde são proporcionadas ajudas óticas especiais a aquelas pessoas cuja visão não pode melhorar mediante o uso de óculos, ou então com tratamento médico ou cirurgia; atualmente, a maioria dos países dispõe de, pelo menos, um serviço deste tipo. No ano 2000, apenas alguns países contavam com um programa de retinopatia da prematuridade (302); atualmente, em 18 nações estão em andamento programas de ROP em diferentes níveis de desenvolvimento. Por outro lado, foram organizados diversos programas de atendimento aos defeitos refrativos para crianças em idade escolar, com a produção auto-sustentável de óculos de baixo custo. Foram implementados e avaliados programas de comunicação bem-sucedidos para a detecção de glaucoma em grupos de alto risco no Caribe (303) e a produção de gotas oftálmicas de baixo custo aumentou a possibilidade de acesso aos medicamentos para o glaucoma nessa mesma sub-região. Foram iniciados diversos programas piloto para a retinopatia diabética, a fim de criar modelos de rastreamento e tratamento, avaliando a factibilidade e a custo-efetividade. Durante 2006 e 2007, mediante o Programa para a Eliminação da Oncocercose nas Américas, foram realizadas avaliações oftalmológicas em diversos focos, a fim de avaliar a eliminação da morbidade ocular relacionada a essa doença.

Alianças

A OPAS tem uma associação a longo prazo com Sight Savers, assim como com o Caribbean Council for the Blind (CCB), a Christoffel Blindenmission (CBM), a Fundação ONCE para América Latina (FOAL) e outros organismos. Em 1999, a Organização Mundial da Saúde e a Agência Internacional para a Prevenção da Cegueira lançaram Visão 2020: O Direito à Visão, uma iniciativa destinada a oferecer apoio técnico e recursos aos Países

Membros. Outras organizações (Los Leones, Los Rotarios) e países (Cuba e Venezuela mediante a Operação Milagre) também proporcionaram apoio técnico e financeiro aos países latino-americanos e caribenhos em seus esforços para reduzir a cegueira prevenível.

O futuro

É necessário seguir adiante com as medidas para aumentar a cobertura da cirurgia de catarata, a fim de controlar a principal causa da cegueira; na execução deve ser dada prioridade aos grupos não atendidos (étnicos, minorias, rurais e pobres). Também, devem ser ampliados os programas vinculados à baixa visão, à cegueira infantil e aos defeitos de refração, assim como desenvolver programas modelo para a retinopatia diabética e fomentar a pesquisa em matéria de detecção e tratamento do glaucoma.

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Apesar dos avanços obtidos nos anos posteriores à Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994 (304), e a Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, celebrada em Beijing em 1995 (305), o impacto das ações para melhorar a saúde sexual e reprodutiva (SSR) é muito fraco. Isto se deve ao fato de que não se resolveu como diminuir a brecha de iniquidade, nem como dar apoio aos países, a seus líderes e à comunidade para alterar as disparidades em informação e serviços, a fim de obter melhores resultados na distribuição de bens de saúde. Ao considerar a saúde sexual e reprodutiva, a Conferência Internacional (304) se pronunciou sobre vários aspectos chave. Primeiro, todos os indivíduos têm direito a um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas à ausência de doenças, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções ou processos. A saúde reprodutiva, portanto, implica que as pessoas possam desfrutar de uma vida sexual satisfatória, segura e responsável, assim como a capacidade para reproduzir-se e a liberdade de decidir se se reproduzem, quando e com que frequência. O anterior acarreta o direito de homens e mulheres à informação e ao acesso a métodos contraceptivos seguros, efetivos, aceitáveis e acessíveis financeiramente; o direito a serviços de saúde de qualidade para o atendimento da gravidez, o parto e o recém-nascido; o direito a serviços de atendimento de infecções de transmissão sexual, incluindo HIV/AIDS, e à prevenção do câncer do sistema reprodutivo, de deficiências geradas no climatério, e da violência sexual.

Ainda que tenha havido avanços na definição de políticas e programas que produziram melhorias em alguns aspectos da saúde sexual e reprodutiva na Região, ainda não se conseguiu desenvolver uma estratégia regional cuja execução sustentada atinja o efeito desejado nos países e na Região como um todo.

O foco da ação deve ser dado no âmbito político, social e gerencial, onde é necessário elaborar planos estratégicos eficientes;

desenvolver a capacidade de definir as prioridades no campo da saúde sexual e reprodutiva; eliminar as limitações legais e políticas; mobilizar a vontade política, e aumentar a visibilidade do problema e a responsabilidade dos diferentes atores. As ações também devem centrar-se na promoção e os serviços de saúde sexual e reprodutiva, onde terá de melhorar a utilização dos recursos humanos, fomentar a adoção de boas práticas em nível nacional e regional, e controlar ou eliminar as barreiras que impedem ou limitam a utilização dos serviços pelo indivíduo, a família e a comunidade.

Situação da saúde sexual e reprodutiva nos países da Região

A população total da Região estimada em 2005 foi de 892 milhões de habitantes, dos quais 561 milhões (63%) habitam a América Latina e Caribe. A cada ano nascem na Região um pouco mais de 16,2 milhões de crianças, 11,7 delas na América Latina. Ainda que a população continue crescendo (306), as taxas de natalidade e fecundidade apresentam uma franca diminuição que, associada à diminuição das taxas de mortalidade, fez com que 10 países da Região tenham completado sua transição demográfica ou estejam perto dela. Por exemplo, a taxa global de fecundidade estimada em Cuba é de 1,6 filhos por mulher. Não obstante, no outro extremo se encontra a Guatemala, com uma taxa de fecundidade de 4,3 filhos por mulher.

Esta diminuição na natalidade, junto com as mudanças observadas na mortalidade, se traduz em uma diminuição do crescimento vegetativo da Região, mas também em um crescimento importante da população de adolescentes e jovens por inércia demográfica, assim como uma tendência franca ao envelhecimento da população na maioria dos países. Esta situação — unida ao aumento do número absoluto de pessoas pobres na América Latina e Caribe (atualmente estimado em mais de 150 milhões de pessoas), a feminização da pobreza e um grande aumento do desemprego na maioria dos países — acarreta um aumento nas brechas de iniquidade para grandes grupos de população, um aumento da transmissão da pobreza de geração para geração, e um traslado cada vez maior de importantes núcleos de população para a periferia das cidades e para outros países, vizinhos ou distantes. As condições descritas impõem cargas adicionais aos sistemas de saúde em geral e afetam a situação da saúde sexual e reprodutiva, em particular.

A SSR representa aproximadamente 20% da carga total de doença na mulher e 14% no homem, tornando manifesta a brecha entre gêneros. Os países e a Região em seu conjunto registraram avanços em alguns aspectos vinculados à saúde sexual e reprodutiva, mas existe um contraste muito marcado entre os indicadores de saúde dos países mais desenvolvidos da Região (Canadá e Estados Unidos) e o resto dos países da América Latina e Caribe. Parte desta disparidade poderia ser explicada pelo forte ajuste econômico que afetou estes países e que produziu um au-

mento da brecha de iniquidade já existente entre um país e outro e no interior de cada país.

Na Região, o uso de métodos contraceptivos superou 60%, ainda que ainda sejam observados avanços limitados em pelo menos oito países (Bolívia, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Paraguai, República Dominicana e Venezuela) (306). A contracepção de emergência e o uso do preservativo a fim de dar dupla proteção (prevenir as infecções de transmissão sexual e a gravidez indesejáveis) são práticas apenas emergentes entre os usuários e nos serviços de saúde da Região.

Saúde da mulher e saúde materna

A saúde materna pode ser considerada como uma medida resumo da saúde reprodutiva e ser utilizada como indicador, na falta de outro mais preciso, do estado de avanço da mesma. As estimativas publicadas no anuário mundial de estatísticas de saúde (307), assinalam para a Região um total de 22.680 mortes maternas (cerca de 2003) e 16,2 milhões de nascimentos no mesmo ano, com o que a razão de mortalidade materna é de cerca de 140 por 100.000 nascidos vivos. Entretanto os Indicadores Básicos da OPAS informados pelos ministérios da saúde dos países da Região para o mesmo ano mostram que a razão de mortalidade materna foi de 71,9 por 100.000 nascidos vivos (11.652 óbitos por causas maternas).

Caso se compare o risco de morte materna na América Latina e Caribe com o do Canadá, o primeiro é em média 21 vezes maior que o segundo. Por outro lado, quando são examinadas as médias

nacionais da razão de mortalidade materna, se observa uma grande dispersão com diferenças que oscilam entre 523 por 100.000 nascidos vivos no Haiti e 13,4 por 100.000 nascidos vivos no Chile (306). Outra forma de analisar essas diferenças é pelo atraso temporal do indicador, que pode ser medido comparando a razão atual de um país contra uma série histórica de outro. Por exemplo, caso se compare a razão atual de mortalidade materna no Haiti com uma série histórica da mesma razão nos Estados Unidos, a primeira corresponde à de 1930 dos Estados Unidos, isto é, um atraso de mais de 75 anos. Caso se compare a razão atual do Haiti com a série histórica do Chile, a primeira corresponde à razão de 1980 do segundo, ou seja, um atraso de mais de 25 anos.

A análise dos indicadores de vários países das Américas (com aproximadamente 98% da população total) segundo sua razão de mortalidade materna (menos de 20; de 20 a 49; de 50 a 100 e mais de 100 por 100.000 nascidos vivos) e suas coberturas de atendimento pré-natal, do parto e a prevalência de uso de contracepção (quadro 24), mostra que as causas básicas de óbito são quase as mesmas nos quatro grupos, ainda que sua ordem de importância seja diferente (308).

Este tipo de análise permite projetar intervenções mais específicas. Por exemplo, para o grupo A uma recomendação seria fortalecer o atendimento na etapa pré-gestacional nas populações mais vulneráveis; no grupo B, a recomendação estaria destinada a aprofundar os programas de educação sexual e planejamento familiar, incluída a contracepção de emergência; no grupo C, corresponderia aumentar a cobertura do controle pré-natal, e

QUADRO 24. Principais causas de mortalidade materna, segundo a magnitude da taxa de mortalidade e a oferta de serviços, grupos de países selecionados, Região das Américas, 2004.

Cobertura de serviços	Razão de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos			
	<20	20–49	50–100	>100
Contracepção 70%–75% Pré-natal 100% Parto 100%	Grupo A 1. Indiretas 2. Pré-eclampsia 3. Infecções			
Contracepção 45%–69% Pré-natal 90%–100% Parto 90%–100%		Grupo B 1. Aborto 2. Pré-eclampsia 3. Hemorragia		
Contracepção 45%–66% Pré-natal 45%–96% Parto 83%–97%			Grupo C 1. Pré-eclampsia e eclampsia 2. Hemorragia 3. Aborto	
Contracepção 28–58% Pré-natal 53%–86% Parto 24%–86%				Grupo D 1. Hemorragia 2. Pré-eclampsia e eclampsia 3. Parto obstruído

Nota: Países em: A) Canadá, EUA, P. Rico; B) Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Uruguai; C) Colômbia, Equador, Panamá, Nicarágua, Venezuela, e D) Bolívia, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Jamaica, Paraguai, Peru.

Fonte: Elaborado com base em: Schwarcz R, Fescina R. Maternal mortality in Latin America and the Caribbean. Lancet 2000; 356 suppl. S11:3245–67. (Cifras atualizadas em 2004).

no D, garantir o acesso ao atendimento mediante a eliminação de barreiras econômicas e culturais, a criação de lares maternos de espera próximos aos serviços de saúde e a melhoria da qualidade dos serviços.

O atendimento pré-natal de pelo menos uma consulta foi maior que 85% em média; não obstante, caso se analise por quintis de renda, se observa que em oito países (Bolívia, Brasil, Colômbia, Guatemala, Haiti, Nicarágua, Paraguai e Peru) tiveram controle pré-natal 90% ou mais das grávidas no quintil de maiores rendas, em comparação com apenas 35%–68% no quintil de menores rendas (309). É importante fazer notar que este indicador não reflete a situação real do controle pré-natal, já que, como medida de saúde pública, deve constar de um mínimo de 4 a 5 consultas devidamente programadas, com captação precoce e com um conteúdo definido. Portanto, ao aplicar estes critérios de exigência as cifras reais de cobertura seriam extremamente baixas.

Em relação ao atendimento do parto por pessoal capacitado, foi observado um aumento de 11% entre 1990 e 2002, com o que este indicador supera em média 88% na América Latina (309). Não obstante, ainda há nove países que estão abaixo da média, com uma cobertura entre 24% (Haiti) e 84% (Guatemala). Quando é analisado o atendimento qualificado do parto por quintis de renda, se observa que supera 90% entre a população mais rica em países como o Brasil, Bolívia, Colômbia, Guatemala, Haiti, Nicarágua, Paraguai, Peru e a República Dominicana; entretanto, nos quintis de menores rendas é apenas de 20% na Bolívia, Guatemala, Haiti e Peru; entre 30% e 40% na Nicarágua e Paraguai, e de 60% a 85% no Brasil, Colômbia e a República Dominicana (309).

A incidência de cesáreas é um indicador da qualidade do atendimento materno perinatal. Em uma pesquisa recente realizada pela OMS em diferentes regiões, foi verificada uma taxa geral de cesáreas de 35% na América Latina. Dados do anuário mundial de estatísticas de saúde de 2006 (307) mostram amplas variações na taxa de cesáreas entre países, que vão de 2% no Haiti e 8% em Belize, a 36% no Brasil e 37% no Chile. A OMS assinalou que a taxa ótima de cesáreas está entre 15 e 20%.

A prevalência de uso de métodos contraceptivos modernos atingiu na América Latina e Caribe uma média de 65%, com um percurso de 28% no Haiti a 84% no Uruguai.

Um dos graves problemas de saúde pública é o aborto perigoso, já que em todos os países (salvo no Canadá e nos Estados Unidos) se posiciona entre as três primeiras causas de morte materna. Estima-se que a cada ano na América Latina sejam realizados mais de 4 milhões de abortos, dos quais 2,2 milhões correspondem a três países (Brasil, 1,2 milhões; Argentina, 500.000 e México, 500.000) (310). Outrossim, 25% das mortes maternas no Chile foram o resultado de um aborto, e na Argentina, Jamaica e Trinidad e Tobago esta proporção supera 30%.

A taxa de incidência de infecção pelo HIV da grávida e do recém-nascido aumentou nos últimos anos. A taxa de soropre-

valência do HIV em mulheres grávidas, que é uma medida aproximada do grau de infecção na população em geral, mostra cifras de até 13% no Haiti como um todo e 10% entre os adultos de zonas urbanas e 4% nas rurais (311). Em algumas regiões da República Dominicana, estava infectada 1 de cada 12 mulheres que receberam atendimento pré-natal, proporção que foi de 7,1% na Guiana, 3,6% em Bahamas, 2,5% em Belize, 1,5% na Jamaica e 1,4% em Honduras (311).

Saúde perinatal

Para avaliar de forma integral a saúde perinatal existem alguns indicadores, tais como as taxas de mortalidade fetal, neonatal e perinatal. Entretanto, em parte devido ao subregistro importante e ao fato de que os países continuam manejando diferentes pontos de corte para estes indicadores, a magnitude da mortalidade fetal e perinatal é pouco conhecida em nossa Região. Apesar das dificuldades relacionadas à informação, em 2006 a OMS estimou um total de 280.000 mortes perinatais (taxa de 17,3 por mil) na América, das quais cerca de 45% foram mortes fetais tardias e 55% (152.000) mortes neonatais precoces (312). O risco de morte perinatal na América Latina e Caribe é em média três vezes maior que o do Canadá e Estados Unidos (312).

Por outro lado, 85% de todas as mortes neonatais estão associadas ao baixo peso ao nascer (<2.500 gramas); as causas mais comuns são os nascimentos pré-termo e a restrição no crescimento fetal. Na Região, a proporção de crianças com baixo peso ao nascer oscila entre 5,7% no Canadá e 12% na Guatemala. O componente neonatal representa a maior fração da mortalidade infantil (61%) na América Latina e Caribe. Em média, a taxa de mortalidade infantil na América Latina e Caribe em torno de 2003 foi de 24,8 por 1000 nascidos vivos, ou aproximadamente um total de 290.000 mortes infantis, 177.000 delas associadas ao período perinatal (306).

Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes

Anualmente são registrados cerca de 54.000 nascimentos de mães menores de 15 anos de idade e 2 milhões de mães de 15 a 19 anos. A taxa de natalidade específica entre mães adolescentes de 15 a 19 anos de idade oscila entre 23,4 por 1.000 nascidos vivos no Chile e 136 por 1.000 em Honduras. Na faixa de 10 a 14 anos de idade esta taxa oscila entre aproximadamente 1% no Uruguai e Cuba, e 4% no Brasil e Haiti (307, 313). Neste último grupo, a razão de mortalidade materna é duas vezes maior que a do grupo de 15–19 anos (quadro 25).

Os adolescentes têm uma tendência a serem sexualmente ativos em idades precoces na Região, onde a idade média de início das relações sexuais para ambos os sexos é de 16 anos, com um mínimo de 14 anos no Caribe e 17 no Paraguai. Nos Estados Unidos, 77% das mulheres adolescentes teve sua primeira relação se-

QUADRO 25. Razão de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos em países selecionados segundo a idade das adolescentes, Região das Américas, cerca de 2003.

País	10–14 anos	15–19 anos
México	131	37
Argentina	190	23
Chile	42	20
Brasil	65	38

Fonte: Estatísticas de países:

México: Secretaria de Saúde. <http://www.saúde.gob.mx/>.

Argentina: Instituto Nacional de Estadísticas e Censos <http://www.indec.mecon.gov.ar/>.

Chile: Instituto Nacional de Estadística <http://www.ine.cl/ine/canales/chileestadistico/home.php>.

Brasil: Ministério da Saúde. Datasus <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>. [Internet] [Acesso 6 de novembro de 2006].

qual, mas somente 17% ficam grávidas; por outro lado, na América Latina e Caribe 56% foram iniciados sexualmente, mas 34% tiveram um filho antes dos 19 anos. Esta situação poderia ser explicada pela diferença na educação, especialmente em relação à saúde sexual e reprodutiva e o menor acesso a métodos contraceptivos entre ambas as sub-regiões (304). Além das repercussões de uma gravidez nas próprias adolescentes, a mortalidade neonatal e a infantil são duplicadas em mães dessa faixa etária em comparação com as de 20–24 anos. A mortalidade fetal não varia substancialmente.

A saúde sexual e reprodutiva na Região requer proteger os êxitos alcançados, e abordar os temas ainda não resolvidos (agenda inconclusa), e os que foram apresentados como novos desafios. O marco da cooperação técnica para fazer frente ao porvir é apresentado na figura 29.

PREVENÇÃO DE RISCOS

ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PARA UMA VIDA SAUDÁVEL

Na Região, os AVAD perdidos por doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) relacionadas à nutrição, como a hipertensão, as doenças cardiovasculares e a diabetes tipo II, ascendem a 12,5 milhões, aos quais são somados os 4,6 milhões perdidos por desnutrição materna e em crianças de curta idade (314). Junto com a desnutrição infantil, a carga das DCNT afeta muito mais as populações pobres que as ricas, tanto em termos relativos como absolutos (314). Entretanto, enquanto que os problemas de desnutrição infantil são apresentados em diversos países na Região de maneira diferencial, dependendo de seu nível de pobreza e da equidade de rendas relativa, as DCNT representam um problema em todos os países. Por outro lado, as carências de micronutrientes também são muito comuns; algumas, como a do iodo e a vitamina A, são escondidas consideravelmente com a desnutrição

infantil. Outras como a do ferro, o zinco e a de folato têm uma elevada prevalência nos lactantes, as crianças pequenas e as mulheres em idade reprodutiva, em todos os grupos de rendas.

A qualidade dos alimentos consumidos constitui um problema maior que a quantidade consumida. A má qualidade na alimentação, aliada à diarreia e às infecções respiratórias agudas em lactantes e crianças pequenas, ocasiona graves problemas no crescimento durante a infância prematura, assim como deficiências de micronutrientes durante todo o ciclo da vida; outrossim, junto com estilos de vida sedentários, a má alimentação deu lugar hoje em dia a uma epidemia de DCNT nos adultos. Como resultado, pais obesos ou com sobrepeso convivem no mesmo lar com crianças anêmicas e com atraso em seu crescimento, em zonas tanto rurais como urbanas.

Padrões de crescimento de lactantes e crianças pequenas

O atraso no crescimento linear é a forma mais prevalente de falta de crescimento no mundo inteiro; começa no nascimento e continua ao longo dos dois primeiros anos de vida (315). A deterioração de peso também ocorre desde o nascimento, mas é menos pronunciada em comparação com a altura e se prolonga por um período mais curto. Uma vez que cessa o atraso no crescimento, as crianças ganham peso e altura similares à norma de referência, mas o déficit em altura é permanente. Como resultado de uma maior perda no crescimento linear em comparação com o ganho de peso, a maioria das crianças tendem a ter relações de peso para a altura acima da estatura da norma de referência, o que indica uma tendência ao sobrepeso, que põe as crianças em risco futuro de sofrer doenças crônicas. Os padrões de risco específicos por idade em relação ao atraso no crescimento são similares em todos os países da Região, sem importar os muito variados níveis de atraso, o que confirma que os primeiros dois anos de vida representam uma janela de oportunidade crítica para melhorar a nutrição.

Na Região, a prevalência do atraso no crescimento linear é superior à do baixo peso em cerca de três a quatro vezes, ou mais. O fato de que as crianças tenham muito mais probabilidades de ganhar peso de maneira adequada em comparação com o aumento da altura, ilustra claramente que a qualidade da alimentação é um problema muito maior que a suficiência energética. É sabido que as deficiências de micronutrientes, sobretudo de ferro, zinco e cálcio, são muito comuns nos regimes alimentares complementares das crianças pequenas (316). A elevada prevalência de diarreia na infância precoce também ocasiona atraso no crescimento linear.

Naqueles países que contam com informação acerca das tendências, pode ser observado que a prevalência do atraso no crescimento está decrescendo (quadro 26); não obstante, mais de 1 de cada 4 crianças sofrem de atraso no crescimento na Bolívia,

FIGURA 29. Marco conceitual da cooperação técnica em saúde sexual e reprodutiva.



^aTaxa estimada: 190 por 100.000 (UNICEF–UNFPA–OMS, 2002) e 140 por 100.000 (World Health Statistics, 2006).

^bEntre parêntesis são proporcionados os últimos valores disponíveis.

Equador, Honduras e Peru, e 1 de cada 2 na Guatemala. Por outro lado, as cifras nacionais ocultam cada vez mais as amplas disparidades entre países com base na renda, a residência em zonas urbanas ou rurais, e o grupo étnico.

Lactação materna

Apesar do fato de que na América Latina a maioria das mulheres amamenta seus filhos e de que o fazem por um período relativamente prolongado, esta prática está longe de ser ótima (quadro 27). A duração da lactação materna exclusiva — que constitui a prática mais freqüentemente associada à morbidade e à mortalidade infantil reduzida — é muito inferior aos seis meses recomendados pela OMS (317). Os programas nacionais de apoio da lactação materna tiveram bons resultados e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança da OMS e o UNICEF foi posta em prática em toda a Região. Em alguns países ainda não foi estabelecida uma legislação para apoiar o Código Internacional de Comercialização de Sucedâneos do Leite Materno. Somente a Argentina, Bolívia, Brasil, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Panamá, Peru, República Dominicana e Uruguai puseram em vigor uma legislação que abrange todas, ou praticamente todas, as dis-

posições do Código. Por seu lado, Colômbia, México, e Nicarágua já contam com uma legislação onde foram incluídas muitas das estipulações do Código. A maioria dos demais países adotou um código voluntário de política em saúde que compreende todas ou quase todas as disposições do Código, mas sem contar com um mecanismo de reforço.

Alimentação infantil e HIV

A transmissão materno-infantil do HIV representa um problema crescente na América Latina e Caribe, e é a principal causa de HIV pediátrico. Ao reconhecer que a lactação é uma forma importante e prevenível de transmissão do HIV, em 2003 o ONUSIDA, a OMS e o UNICEF emitiram novos alinhamentos sobre o HIV e a alimentação do infante (318). Nos mesmos foi estabelecido que, com o objeto de reduzir o risco de transmissão do HIV para os lactantes, assim como de limitar ao mínimo o risco de outras causas de morbidade e mortalidade, “quando a alimentação de substituição for aceitável, factível, acessível, sustentável e segura, é recomendável às mães infectadas por HIV evitar por completo a lactação materna. Caso não seja assim, se recomenda a lactação materna exclusiva durante os primeiros meses de

QUADRO 26. Prevalência nacional de altura baixa para a idade, peso baixo para a idade e altura baixa para a idade em países selecionados, Região das Américas.

País	Ano	Altura/idade (%)	Peso/idade (%)	Peso/altura (%)	Fonte de informação
		< -2 DEa	< -2 DEa	< -2 DEa	
Argentina	1996	13,0	5,4	2,9	MS, 1999
Bolívia	1989	38,3	13,3	1,6	EDS, 1989
	1993–1994	28,3	15,7	4,4	EDS, 1994
	1998	26,8	9,4	1,8	EDS, 1998
Brasil	2003	26,5	8,0	1,3	EDS, 2003
	1986	27,7	13,2	1,0	EDS, 1986
Chile	1996	10,5	5,7	2,3	EDS, 1997
	2003	ND	0,9	0,4	MS, 2003
Colômbia	1986	22,7	11,9	1,0	EDS, 1986
	1995	15,0	8,4	1,4	EDS, 1995
Costa Rica	2000	13,5	6,7	0,8	EDS, 2000
	2005	12,0	7,0	1,3	EDS, 2005
Equador	1996	6,1	5,1	2,3	Pesquisa Nacional de Nutrição, MS
	1986	34,0	16,5	1,7	Freire et al., 1988
El Salvador	1998	26,4	14,3	2,4	LSMS, 1998
	1993	22,8	11,2	1,3	CDC, 1994
Guatemala	1998	23,3	11,1	1,1	CDC, 1998
	2002–2003	18,9	10,3	1,4	CDC, 2004
Honduras	1987	69,7 (12–23 meses)	41,5(12–23 meses)	21,8 (12–23 meses)	EDS, 1996
	1987	68,7 (24–35 meses)	41,5(24–35 meses)	10,0 (24–35 meses)	
Haiti	1995	49,7	26,6	3,3	EDS, 1996
	1998–1999	46,4	24,2	2,5	EDS, 1995
México	2002	49,3	22,7	1,6	EDS, 2003
	1987	43,8	24,1	1,9	CDC, 1987
Nicarágua	1991	42,4	21,4	1,8	CDC, 1991
	1996	37,8	24,3	1,4	CDC, 1996
Paraguai	2001	29,2	16,6	1,0	CDC, 2002
	1978	39,6	37,4	8,9	EDS, 1995
República Dominicana	1990	33,9	26,8	4,7	EDS, 1994/5
	1994–1995	31,9	27,5	7,8	EDS, 1994/5
Uruguai	2000	22,7	17,3	4,5	EDS, 2000
	1988	22,8	14,2	6,0	Sepúlveda, 2000
Argentina	1999	17,7	7,5	2,0	Rivera et al., 2001
	1998	24,9	12,2	2,2	EDS, 1999
Paraguai	2001	20,0	9,6	2,0	EDS, 2002
	1990	16,6	3,7	0,1	EDS, 1990
Peru	1995–1996	ND	ND	ND	CDC, 1995/96
	1998	ND	ND	ND	CDC, 1999
República Dominicana	1991–1992	36,5	10,8	1,4	EDS, 1991/2
	1996	25,8	7,8	1,1	EDS, 1996
Uruguai	2000	25,4	7,1	0,9	EDS, 2000
	1991	19,4	10,4	1,1	EDS, 1991
República Dominicana	1996	10,7	5,9	1,2	EDS, 1996
	2002	8,9	5,3	1,8	EDS, 2002
Uruguai	2002	10,6	4,9	1,8	MS, 2002

Notas:

ND = não disponível; MS = Ministério da Saúde.

^a< -2 desvios padrão da referência de crescimento da OMS e o Centro Nacional de Estatísticas da Saúde dos Estados Unidos (NCHS).

Fontes:

Argentina: Pesquisa antropométrica em menores de 6 anos sob Programa Materno Infantil, Ministério da Saúde, 1999. Note-se que estes são os únicos dados incluídos no quadro que não são representativos em nível nacional, mas que melhor o são da Província de Buenos Aires, onde reside entre um terço e a metade da população total.

Chile: Ministério da Saúde, 2003.

Costa Rica: Ministério da Saúde, 1996.

Equador: Freire W, Dirren H, Mora JO, Arenales P, Granda E, Breih J, Campaña A, Páez R, Darquea L, Molina E. Diagnóstico de la situación alimentaria, nutricional y de salud de la población ecuatoriana menor de cinco años (DANS). Quito: CONADE, Ministerio de Salud Pública, 1988; Life Standards Measurement Survey (LSMS0, World Bank, 1998.

México: Sepúlveda-Amor J, Lezana MA, Tapia-Conyer R, Valdespino JL, Madrigal H, Kumate J. Estado nutricional de preescolares y mujeres en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. Gac Med Mex 1990;126:207-244; Rivera Dommarco J, Shamah Levy T, Villapando Hernández S, González de Cossio T, Hernández Prado B, Sepúlveda J. Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Estado nutricional de niños y mujeres en México. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2001.

Uruguai: Crianças assistidas nos serviços de saúde, 2002.

Os dados do resto das nações procedem das Pesquisas Demográficas e de Saúde (EDS) realizadas por Macro International ou pelos Centros para o Controle e a Prevenção de Doenças (CDC).

QUADRO 27. Prevalência de início da lactação materna e mediana da duração da lactação materna, tanto exclusiva como de qualquer tipo, países selecionados, Região das Américas.

País	Ano	Início da lactação materna (%)	Mediana da duração (meses)	
			Lactação materna exclusiva	Qualquer tipo de lactação materna
Bolívia	2003	97,1	4,0	19,6
Brasil	1996	92,5	1,1	7,0
Colômbia	2005	97,1	3,7	16,3
El Salvador	2002/03	94,4	1,4	19,2
Equador	1999	97,0	2,2	15,5
Guatemala	2002	96,1	3,5	20,5
Haiti	2000	97,4	0,4	18,5
Honduras	2001	96,6	2,3	17,6
México	1999	92,3	NA	9,0
Nicarágua	2001	94,5	2,5	17,6
Paraguai	2004	95,0	Não informados	Não informados
Peru	2005	97,9	3,9	19,6
República Dominicana	2002	92,0	0,5	6,6

Fonte: Dados representativos por país. Todos os dados procedem das Pesquisas Demográficas e de Saúde, com exceção do México, cuja informação provém do Instituto Nacional de Saúde Pública.

vida”, mas deverá ser suspensa assim possível. Para aquelas mulheres que são soronegativas, ou que desconhecem sua condição em relação ao HIV, é recomendável a amamentação.

Micronutrientes

Em consideração a sua magnitude e a suas conseqüências sobre a saúde, as carências de micronutrientes têm um impacto significativo no desenvolvimento humano e na produtividade econômica. Calcula-se que a prevalência da anemia ferropênica na Região é de 35% nas grávidas e 19% nas crianças em idade escolar. Em 19 de 35 países, os transtornos por deficiência de iodo continuam sendo um problema de saúde pública devido ao fato de que 10% dos lares carecem de sal iodado (319). Em um relatório da OMS de 1995, estimou-se uma deficiência regional de vitamina A em pré-escolares de 20% (320). Calcula-se que de 20% a 30% da população das Américas têm deficiência de zinco (321). Ainda que não se conte com dados a respeito, é muito provável que as deficiências de vitamina B12 e de folato sejam importantes.

A prevalência de anemia é maior durante o período neonatal e a infância em relação a qualquer outra etapa da vida. Os dados nacionais representativos de mais de oito países da Região mostram que de 48% a 63% dos lactantes e crianças pequenas sofrem de anemia; a cifra ascende a 75% ou mais nos lactantes de 6 a 12 meses de idade. Esta elevada prevalência é congruente com os dados que indicam que a ingestão de ferro mediante a alimentação é inadequada, assim como a baixa biodisponibilidade na maioria dos regimes alimentares complementares, e a ausência de programas bem-sucedidos de suplementação com ferro nesta

faixa etária. Outrossim, concorda com as elevadas necessidades alimentares de ferro por quilograma de peso corporal e a reduzida quantidade de alimento que requer esta faixa etária para satisfazer suas necessidades energéticas (317).

O efeito dos suplementos de ferro no desenvolvimento motor e da linguagem foi mostrado em testes aleatorizados, os quais indicam que a melhoria dos níveis de ferro das populações com deficiência deste micronutriente pode acarrear benefícios significativos (322, 323). Entretanto, continua sendo um desafio a tradução destes estudos de eficácia em programas de saúde pública bem-sucedidos. A ênfase que é dada hoje em dia à fortificação com ferro dos alimentos de consumo massivo não resolverá o problema da anemia nos lactantes e crianças pequenas, devido às reduzidas quantidades que ingerem, em relação a suas elevadas necessidades desse micronutriente. Por outro lado, a distribuição dos suplementos de ferro através do sistema de saúde não parece ser eficaz para reduzir a anemia; é muito provável que isto se deva a problemas com o fornecimento, a distribuição e o cumprimento. Por conseguinte, é necessário recorrer a outras estratégias para o manejo deste urgente problema de saúde pública, incluindo o consumo de alimentos complementares fortificados com ferro e outras vitaminas e minerais, assim como a fortificação no lar.

A cegueira noturna e as lesões oculares são as manifestações clínicas mais freqüentes da deficiência de vitamina A; entretanto, os aumentos na morbidade e a mortalidade em lactantes e mães se dão nas deficiências subclínicas. Segundo a base de dados mundial da OMS, os níveis médios de retinol sérico na Região variam de 0,6 a 1,49 $\mu\text{mol/L}$ nas crianças de 6 meses a 7 anos de

idade (1996–2004). Considera-se que, quando de 10% a 20% da população apresenta níveis de retinol sérico iguais ou abaixo de 0,70 $\mu\text{mol/L}$, existe um problema moderado de saúde pública. Ao levar em conta este parâmetro, se observa que vários países da Região têm deficiências leves ou moderadas de vitamina A, enquanto que em algumas regiões do Brasil, México e Venezuela essa deficiência é grave. Diversas nações adotaram uma estratégia de saúde pública que consiste em fortificar o açúcar com vitamina A, a fim de prevenir e controlar sua insuficiência; outros incursionaram na fortificação dos óleos, e outros na administração da vitamina por meio dos programas de vacinação.

Uma dose de 400 μg por dia de ácido fólico durante os três meses prévios à concepção, assim como ao longo do primeiro trimestre da gravidez, reduz a incidência de defeitos do tubo neural. A maioria dos países das Américas pôs em prática programas de fortificação da farinha de trigo, com o objeto de garantir que as mulheres em idade fértil obtenham a quantidade necessária de ácido fólico. Mediante esses programas se pôde reduzir efetivamente a incidência dos defeitos do tubo neural no Canadá, Chile, Costa Rica e Estados Unidos.

O transtorno por deficiência de iodo é a causa mais comum do dano cerebral prevenível, o cretinismo e o atraso mental, assim como do bócio endêmico e do hipotireoidismo (324). Existem três indicadores internacionalmente reconhecidos para vigiar a ingestão de iodo: a fração de lares que consomem sal devidamente iodado, a concentração de iodo em amostras da urina e a prevalência de bócio (325, 326). A partir de 2002, 75,1 milhões de indivíduos (10%) nas Américas foram identificados com concentrações de iodo na urina abaixo do mínimo recomendado ($<100 \mu\text{g/L}$) (327). A prevalência de iodo na urina inferior a 100 $\mu\text{g/L}$ é de 21,9% na Guiana, 22% no México e 13,4% na Nicarágua. A excreção média de iodo urinário é de 72 $\mu\text{g/L}$ na Guatemala; 43,4 $\mu\text{g/L}$ no Haiti, e 100 $\mu\text{g/L}$ na Bolívia. Ao mesmo tempo, no Brasil, Chile e Equador foram verificadas excreções urinárias de iodo superiores aos níveis recomendados ($>300 \mu\text{g/L}$), o que também é considerado como um risco para a saúde (328). Diversas organizações internacionais recomendaram a iodação universal do sal como uma estratégia de saúde pública para prevenir os transtornos por deficiência de iodo. Apesar de nos anos cinquenta e sessenta muitos países terem aprovado leis para iodar o sal, a falta de financiamento de sistemas de controle de qualidade contínuos, assim como o equipamento inadequado de pequenos empresários, atrasaram a execução ou então limitaram a sustentabilidade desta estratégia.

Ainda que seja difícil diagnosticar a deficiência de zinco, a partir de estimativas da ingestão e da prevalência de atraso no crescimento, foi calculado que 20% da população na região das Américas a apresenta. Com base nestas estimativas para a Região, Guatemala, Equador, e Honduras possuem a prevalência mais alta de deficiência de zinco ($\geq 30\%$), seguidos da Nicarágua, Peru e Bolívia com uma prevalência de cerca de 20% a 30% (321).

O combate à epidemia das doenças crônicas relacionadas à nutrição

As doenças não-transmissíveis são a principal causa da má saúde e a morte nas Américas. A obesidade constitui o fator de risco mais visível e grave para contrair outras doenças não-transmissíveis. Várias pesquisas nacionais aplicadas na América Latina (329–331) e o Caribe (332) mostram que cerca de 50% a 60% dos homens e mulheres adultos têm sobrepeso ou são obesos, assim como nos Estados Unidos (333). Inclusive, de 7% a 12% das crianças menores de 5 anos de idade são obesas, o que sextuplica a porcentagem atual de desnutrição aguda na mesma faixa etária. No Chile e no México, as pesquisas nacionais recentes indicam que cerca de 15% dos adolescentes são obesos.

A maioria dos países na América Latina e Caribe experimentam uma mudança significativa em seus hábitos alimentares, caracterizado por uma redução no consumo de frutas, verduras, grãos integrais, cereais e legumes, ao mesmo tempo em que há um aumento no consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas, açúcares e sal, entre os quais se encontram o leite, as carnes, os cereais refinados e os alimentos processados (334). Junto com estas mudanças nos hábitos de alimentação, foi apresentada uma diminuição nos níveis de atividade física da população da Região, já que de 30% a 60% não cumprem os níveis mínimos recomendados (335). A inatividade física aumenta com a urbanização e a idade, e tem maior prevalência entre as mulheres; além disso, não só contribui para a aparição das doenças não-transmissíveis, mas também pode conduzir a doenças mentais, ao acúmulo de estresse e a um baixo desempenho escolar, e inclusive pode afetar negativamente a interação social.

A diminuição no consumo de frutas, vegetais, grãos integrais, cereais e legumes, assim como o aumento na ingestão de alimentos com grande conteúdo energético, se devem a diversos fatores entre os quais são incluídos o preço, a disponibilidade e o sabor dos alimentos, assim como a urbanização. Estes aspectos, unidos a uma intensa e sumamente especializada publicidade e comercialização, contribuíram para a cultura de massas dos alimentos envasados, as bebidas gasosas e as refeições fora de casa, situação comum na maioria das cidades. De fato, as mudanças nas preferências alimentares do público fazem parte de um fenômeno muito mais amplo, denominado “transição de regime alimentar”, que é fomentado pelo aumento dos salários nas cidades, a limitação de tempo, a mudança nos preços relativos e as constantes inovações na tecnologia alimentar, assim como os sistemas de distribuição (336). Ao mesmo tempo, a produção, a disponibilidade e o preço de produtos tais como frutas, legumes, vegetais e cereais, tiveram impactos negativos devidos a esta transição de regime alimentar.

Os fatores ambientais exercem uma poderosa influência nos comportamentos individuais, e a dinâmica econômica, comercial e cultural modela consideravelmente os hábitos e as preferências alimentares da população. O desenho urbano, o transporte motorizado e a segurança influenciam sobre os padrões de atividade

física; logo então, devem ser abordados de tal maneira que garantam que as opções saudáveis sejam também as mais fáceis. O enfoque ambiental está se transformando no sustento básico dos atuais esforços de saúde pública para combater a epidemia das doenças não-transmissíveis (336–339).

O comportamento humano responde a uma variedade de fatores e não só à adequada informação ou educação. Em geral, as pessoas consideram as questões de saúde como um dos muitos fatores ao decidir o que comer, fazer exercício ou não, ou então deixar de fumar. Os fatores que competem são de curto prazo, tais como a conveniência, a disponibilidade de tempo e os preços, por citar apenas alguns (340). Por conseguinte, a meta é criar ambientes favoráveis a fim de que a opção saudável se transforme em uma alternativa fácil. Alguns desses ambientes incluem: a configuração das instalações no local de trabalho e na escola, os regulamentos, as normas sociais, os preços, a tributação, diferentes tipos de incentivos, et cetera. Por conseguinte, as estratégias em saúde pública devem levar em conta todos os fatores chave que influenciam sobre o comportamento humano e que farão com que a opção saudável seja a mais fácil. O ambiente favorável possui a maior importância, porque a maior carga das doenças não-transmissíveis recai sobre as populações empobrecidas das Américas, as quais apresentam as taxas mais baixas de boas práticas alimentares e de atividade física. O anterior é válido tanto para os países da Região menos desenvolvidos (341), como para aqueles desenvolvidos (342).

FAZER FRENTE AOS DESASTRES

O período 2001–2005 foi caracterizado pelo grande número de desastres ao redor do mundo: a temporada ciclônica de 2005 que afetou o Caribe e América Central e do Norte, assim como o maremoto e terremoto no sul da Ásia, são alguns exemplos dos desastres mais devastadores.

A Região das Américas é uma das mais expostas às ameaças naturais no mundo, e sua vulnerabilidade aumenta o risco diante de eventos destrutivos de qualquer natureza. Estima-se que a cada ano ocorrem na Região uma média de 130 desastres de diferente magnitude, e que o impacto de fenômenos destrutivos durante o período 2001–2005 deixou nas Américas um saldo aproximado de 20.000 mortos, 28 milhões de feridos e perdas de mais de US\$ 210.000 milhões (343).

População em risco: danos e mortalidade

Em 2005, aproximadamente 78,8% da população da Região viviam em grandes urbes (344, 345), caracterizadas pela falta de planejamento urbano e uma capacidade fraca de redução e gestão do risco por parte de instituições públicas e privadas. No caso da população pobre ou socialmente excluída, sua vulnerabilidade aumenta dia após dia pela escassez de recursos, a falta de terrenos adequados para a localização de suas moradias —

que muitas vezes são construídas de forma precária ou sem as medidas técnicas adequadas — e a falta de acesso a serviços básicos de atendimento médico.

A exposição da população às ameaças é mais difícil de determinar. Entretanto, se estima que, aproximadamente, 73% da população¹⁵ e 67% dos postos de saúde e hospitais¹⁶ em 18 países da Região¹⁷ se encontram em zonas de alto risco. Isto significa que, diante de um desastre, são milhões as pessoas e milhares as instituições de saúde que podem estar expostas ao fenômeno destrutivo, o que por sua vez constitui um obstáculo para a prestação ininterrupta dos serviços em casos de desastre, o que aumenta a fragilidade da população.

No período 2001–2005 os danos totais estimados por desastres na Região superaram os US\$ 216.000 milhões, ou várias vezes o produto interno bruto de muitos países da Região.¹⁸ Desta apreciação, 90%¹⁹ corresponde a danos estimados por desastres ocorridos em países como Canadá e Estados Unidos, e 10% a países em desenvolvimento. O impacto econômico de cada evento destrutivo foi proporcional ao custo da infra-estrutura perdida nos países afetados. Por exemplo, no ano de 2005 os furacões provocaram, ao longo de toda a Região, 2.900 mortos, 3 milhões de afetados e aproximadamente US\$ 180.000 milhões em perdas econômicas. Os furacões Stan e Wilma, juntos, afetaram Cuba, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua e o sul da Flórida, com perdas de US\$ 3.600 milhões, enquanto que o furacão Katrina, que impactou apenas os Estados Unidos, causou pelo menos US\$ 176.400 milhões, isto é, 98% do total de perdas econômicas por furacões esse ano.

No total, durante o período 2001–2005, os desastres na Região causaram a morte de 21.500 pessoas. Estima-se que os furacões representaram 25,7% do total de desastres do período, afetaram 56%²⁰ dos países da Região e causaram 28,5% do total de mortes por desastres (6.131 mortos), poder de destruição exposto na

¹⁵ Levantamento acerca do Estado de Mitigação e Preparativos para Desastres no Setor Saúde. Área de Preparativos em Caso de Emergências e Desastres de OPAS/OMS – Março a Julho 2006.

¹⁶ Levantamento acerca do Estado de Mitigação e Preparativos para Desastres no Setor Saúde. Área de Preparativos em Caso de Emergências e Desastres de OPAS/OMS — Março a Julho 2006.

¹⁷ Os países considerados são: Anguila, Argentina, Bahamas, Belize, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Guiana Francesa, Guadalupe, Haiti, Honduras, Ilhas Turcas e Caicos, Martinica, Nicarágua e República Dominicana.

¹⁸ Este montante reflete 22 vezes o PIB da Bolívia e 27 vezes o de Honduras.

¹⁹ Emergency Disasters Data Base (EM-DAT), Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED) – www.em-dat.net.

²⁰ Os países afetados por furacões durante o período 2001–2005 foram: Bahamas, Barbados, Belize, Bermuda, Brasil, Canadá, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Estados Unidos, Granada, Guatemala, Haiti, Honduras, Ilhas Caimã, Ilhas Turcas e Caicos, Jamaica, México, Nicarágua, Porto Rico, República Dominicana, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Trinidad e Tabago, e Venezuela.

temporada de furacões de 2005 no Caribe e Estados Unidos. Continuam como causadores de mortalidade as inundações (5.281 mortos), com seu máximo impacto no Haiti, e os terremotos (1.381 mortos), os quais registraram o maior número de vítimas em dois eventos em El Salvador (2001) e um no Peru (2001).

Entre outros desastres do período, os quais causaram 1.328 mortos no total, se encontram as secas (Guatemala, 2001; Paraguai, 2002); temperaturas extremas (ondas de frio: Argentina, 2001; México, 2002, 2003, 2004; Peru, 2003–2004; ondas de calor: Estados Unidos, 2001, 2002, 2005), e deslizamentos (Bolívia, 2003; Brasil, 2002; Colômbia, 2001, 2002, 2003; Equador, 2002; Estados Unidos, 2003; Guatemala, 2002, 2003, 2005; México, 2003; Nicarágua, 2004, e Peru, 2001, 2004).

Por outro lado, os acidentes de transporte²¹ constituíram 21,6% do total de desastres e causaram aproximadamente 16,5% do total das 3.560 mortes devidas a desastres na Região. Os acidentes industriais e aqueles vinculados a incêndios urbanos e explosões causaram 2.310 óbitos durante o período 2001–2005. Uma série de desastres de diferente natureza e de menor intensidade foram a causa de morte de outras 1.509 pessoas.

Impacto dos desastres naturais

Furacões

No período 2001–2005 houve 175 tormentas tropicais no Caribe, América Central e América do Norte, motivo pelo qual foram o tipo de evento destrutivo de maior frequência (25,7%) nesse período. Só em 2005 houve 28 tormentas tropicais, 14 das quais se transformaram em furacões, quatro deles de categoria 5. Essa foi a temporada de furacões mais ativa da história.

A força destrutiva dos furacões Iván (que afetou Barbados, Estados Unidos, Granada, Haiti, Ilhas Caimã, Jamaica, República Dominicana, Trinidad e Tobago e Venezuela) e Jeanne (que afetou os Estados Unidos, Haiti, Porto Rico e República Dominicana) durante 2004 foi um indicio de que este tipo de eventos estava aumentando não apenas em número, de acordo com a tendência dos últimos 30 anos, mas também em poder de destruição. Assim o mostraram em 2005 os furacões Stan, Katrina e Wilma.

Nas Américas, os furacões deixaram, além do saldo estimado de 6.131 mortos, uns 3.172 feridos, mais de 14 milhões de afetados e aproximadamente US\$ 189.000 milhões em perdas ao longo de toda a Região no período 2001–2005. Os efeitos mais devastadores foram registrados no Haiti, com 2.809 mortes e perdas econômicas de aproximadamente US\$ 21 milhões; estas cifras são ainda mais dramáticas caso de leve em conta o grau de vulnerabilidade e risco em que se encontra este país.

Ocorreram eventos em zonas previamente afetadas, como quando o furacão Wilma devastou Cancun e afetou a Riviera

Maia do México, que havia sofrido os embates do furacão Emily em julho de 2005. Outrossim, Stan aumentou os danos causados previamente em El Salvador, Guatemala, México e, em menor medida, Honduras e Nicarágua. Estes dois últimos países foram também afetados semanas depois pelos furacões Alfa e Beta. Granada, por seu lado, se viu seriamente afetada pelos furacões Iván (2004) e Emily (2005), com 40 mortos e aproximadamente 60.000 feridos.

O grande impacto do Katrina

O furacão Katrina (346) — que impactou a Costa do Golfo em 29 de agosto de 2005, com ventos de 128 km por hora — foi o desastre natural mais devastador e caro na história dos Estados Unidos. Só na cidade de Nova Orleans causou uma estimativa de US\$ 176.000 milhões de perdas econômicas e graves danos na infra-estrutura social e econômica. O Programa Nacional de Seguro contra Inundações pagou mais de US\$15.300 milhões aos feridos pelo furacão que possuíam apólices contra inundações. Esta quantia é maior que o total combinado nos 37 anos de vigência deste Programa.

A resposta inicial diferida foi seguida semanas depois por uma mobilização de recuperação sem precedentes nesse país. Imediatamente depois do furacão Katrina, uns 275.000 cidadãos dos estados de Louisiana, Alabama, Mississippi e Texas tiveram que se abrigar em abrigos temporários. A Agência Federal para o Manejo de Emergências (FEMA, por sua sigla em inglês) transferiu dezenas de milhares de feridos para quartos de hotéis e motéis, enquanto se buscava uma melhor opção de moradia para os afetados. O número de mortos oficialmente registrado foi de 1.322. Investigações realizadas pelo Congresso dos Estados Unidos depois do evento assinalam que o número poderia haver sido ainda maior devido à falta de planejamento, ausência de iniciativa e pouca capacidade de resposta diante de eventos destrutivos de grande escala.

O sistema de saúde nas zonas afetadas se viu seriamente sobrecarregado pelo aumento súbito da demanda, pelos danos ou inutilização da rede de serviços de saúde, equipamentos e abastecimentos. Pelo menos 215 pessoas morreram em casas de cuidados para convalescentes, e as pessoas com necessidades de saúde especiais não puderam ser atendidas adequadamente. A situação de saúde se deteriorou ainda mais quando vários hospitais e centros de atendimento, entre eles o Hospital de Veteranos do Sudeste da Louisiana, tiveram de ser evacuados completamente por se encontrarem em zonas de alto risco de inundação ou não contarem com os elementos necessários para o atendimento dos pacientes.

As inundações e suas conseqüências

As inundações tiveram a segunda frequência entre os eventos destrutivos ocorridos na Região durante o período 2001–2005 e atingiram um total de 171 inundações, ou 25,1% de todos os eventos do período. Nas Américas, 85% dos países e territórios

²¹Inclui os acidentes de transporte terrestre, aéreo e marítimo com saldo massivo de vítimas.

foram afetados, morreram 5.283 pessoas e mais de 260.000 ficaram sem moradia; 90% das inundações foram produzidas após chuvas torrenciais e contínuas em áreas vulneráveis devido ao mau uso da terra, em zonas próximas aos leitos de rios ou por falhas dos muros de contenção como ocorreu em Nova Orleans (Estados Unidos, 2005) e Santa Fé (Argentina, 2003).

As chuvas torrenciais também trouxeram consigo outro tipo de eventos; por exemplo, em 2004, a região fronteira entre o Haiti e a República Dominicana foi devastada por deslizamentos de lama e pedras depois de 10 dias de chuvas torrenciais. Na República Dominicana o desastre deixou um saldo de uns 688 mortos, enquanto que em Mapou, cidade haitiana localizada em um vale rodeado de montanhas totalmente desmatadas, as chuvas produziram um rio de lama e rochas que arrasou tudo em sua passagem. Segundo as autoridades morreram 2.665 pessoas.

Terremotos e vulcões

Grande parte do território americano se encontra em zonas altamente sísmicas e de atividade vulcânica esporádica. No período 2001–2005, foram produzidos terremotos no Chile, Estados Unidos e México, ainda que os maiores danos tenham ocorrido em El Salvador e Peru.

No início de 2001, El Salvador foi sacudido no intervalo de poucas semanas por dois terremotos de grande magnitude, os quais deixaram um saldo de 1.259 mortos e 8.122 feridos, segundo cifras oficiais do Comitê de Emergência Nacional. As conseqüências mais graves foram produzidas nas zonas menos favorecidas dos departamentos de Usulután, La Paz, Cuscatlán, San Vicente, San Salvador e Morazán, assim como na divisão das Colinas, no departamento de La Libertad.

No Peru, um terremoto de grau 8 na escala de Richter, com epicentro na zona costeira do sul do país, fez tremer grande parte da área andina. Apesar de sua magnitude, este terremoto produziu comparativamente menos danos que em El Salvador. Nas cidades peruanas de Arequipa, Moquegua, Tacna e Ayacucho perderam a vida 145 pessoas; mais 11 faleceram em outros dois terremotos ocorridos no Peru nesse mesmo ano.

O Chile, um dos países mais sísmicos do planeta, nestes anos só registrou um terremoto em 2005, de magnitude próxima ao grau 7 na escala de Richter na província de Taracapá, no qual faleceram 11 pessoas.

O estado de Colima, no México, foi afetado em 2002 pela erupção do vulcão do mesmo nome, que produziu um total de 300 feridos. No ano seguinte, um violento terremoto sacudiu esta mesma zona e causou grandes destroços em centenas de moradias e edificações públicas, incluídos hospitais; nessa ocasião houve 29 mortes. No Equador, a atividade eruptiva do vulcão Tungurahua aumentou em 2002 e atualmente continua, com fases de erupções intensas que no final de 2005 haviam afetado 174.650 pessoas. Outros vulcões que mostraram aumento de atividade, ainda que sem danos maiores à população, foram o vulcão Fuego (Guatemala, 2002) e Galeras (Colômbia, 2005). Por

outro lado, em El Salvador, o vulcão Santa Ana produziu material incandescente, gases e cinzas que provocaram a morte de duas pessoas, e deixaram 2.000 feridos e outros milhares de evacuados no 2005.

Outros eventos adversos

Bolívia, Brasil, Cuba, El Salvador, Estados Unidos, Haiti, Honduras, México, Nicarágua e Peru foram afetados por secas. Na Guatemala, uma seca prolongada não só afetou dezenas de milhares de pessoas, mas também deixou um saldo de 42 mortos em 2001. No ano seguinte, grande parte do Paraguai sofreu uma seca que causou a morte de pelo menos 12 pessoas. A causa das secas de 2001 haveria sido a diminuição inusual dos ventos alísios que ocorrem normalmente a partir de abril e que permitem a chegada de umidade e precipitação proveniente do Pacífico. Tal anomalia, segundo os especialistas, esteve associada a eventos atmosféricos de alcance global, diferente do que é produzido com o fenômeno El Niño. A seca de 2001–2002 se sobrepôs a uma situação já adversa para a Região, provocada pela crise dos preços internacionais do café e outros cultivos da América Central e do Sul.

Há alguns anos, ocorreram com maior freqüência temperaturas extremas que ocasionaram centenas de vítimas em diferentes zonas da Região. O Peru foi um dos países mais afetados pelas ondas de frio, denominadas “friagem” nesse país, que produziram pelo menos 429 mortes no final de 2003 e início de 2004. No México houve 85 mortes entre 2002 e 2004 por causa do frio extremo, enquanto que nos Estados Unidos 103 pessoas faleceram por ondas de calor em 2001, 2002 e 2005.

Impacto dos fenômenos antropogênicos

Os danos que resultam dos fenômenos provocados pelo homem tiveram um alto custo quanto a sofrimento humano, perda de vidas e danos de longo prazo. Os incêndios em zonas urbanas provocaram 1.557 mortos e milhares de feridos durante o período 2001–2005, ao mesmo tempo em que reduziram a cinzas grande parte de centros comerciais, discotecas, prisões e hospitais na América do Sul e América Central.

Um dos incêndios de maiores proporções foi registrado no Peru em 29 de dezembro de 2001 em um centro comercial do centro de Lima, devido à explosão em cadeia de toneladas de fogos artificiais que eram expedidos em centenas de postos de venda concentrados. Em poucos minutos o incêndio abrangeu quatro quadras do centro comercial, motivo pelo qual foi impossível a fuga de centenas de vendedores e do público. Pessoal de resgate, médicos, enfermeiras e técnicos em urgências realizaram o trabalho de resgate, estabilização e transferência para os hospitais que se encontravam em alerta vermelho por disposição do Ministério da Saúde. O incêndio durou sete horas; foram encontrados 277 cadáveres, 117 restos humanos ingressaram no Instituto de Medicina Legal para sua identificação, 247 pessoas foram

hospitalizadas por queimaduras, asfixia e politraumatismo e a Defesa Civil reportou 180 desaparecidos.

Em 1º de agosto de 2004 foi produzido um voraz incêndio em um supermercado de Assunção, Paraguai. O fogo se espalhou rapidamente, o que gerou muito pânico no início; as portas do local foram fechadas e mais de 1.000 pessoas ficaram presas. As autoridades paraguaias informaram que o saldo do incêndio foi de 364 cadáveres, 42 restos humanos não identificados, 48 desaparecidos e 298 hospitalizações. A causa mais freqüente de morte foi intoxicação por fumaça e em segundo lugar, por queimaduras.

Em 30 de dezembro de 2004, em Buenos Aires, foram mobilizadas 48 ambulâncias, oito unidades de bombeiros, uns 110 integrantes da Defesa Civil e mais de 600 pessoas entre médicos, paramédicos e voluntários para resgatar, atender e transferir centenas de vítimas pelo incêndio em uma discoteca onde havia uns 2.000 jovens. As autoridades confirmaram o falecimento de 194 pessoas e 714 feridos.

Na madrugada de 12 de julho de 2005 ocorreu um incêndio em um hospital de San José, Costa Rica. Perderam a vida 19 pessoas, as perdas econômicas ascenderam a US\$ 17 milhões e o hospital — que contava com equipamento altamente sofisticado e 522 leitos — ficou inabilitado, com exceção da torre de emergência, que serviu de hospital temporário para a evacuação dos pacientes.

Cinco incêndios em centros penitenciários da Argentina, Honduras e República Dominicana deixaram um saldo de 387 mortos. Os dois com maior número de falecidos foram a prisão de Higuey, República Dominicana, em 2005, com 136 mortos e o incêndio na prisão de San Pedro Sula, Honduras, em 2004, com 104. Neste período foram produzidas também explosões em minas de carvão na Argentina, (2004), Colômbia (2001), Estados Unidos (2001) e México (2002). Outras duas explosões e consequente incêndio nas refinarias de petróleo em Campos, Brasil, e em Houston, Estados Unidos, em 2001 e 2005, respectivamente, provocaram a morte de 65 pessoas.

Os desastres por acidentes de transporte,²² com 145 casos, constituíram o terceiro evento adverso mais freqüente na Região. O terrorismo se manifestou com o ataque às Torres Gêmeas em Nova York, o Pentágono em Washington e uma zona rural da Pensilvânia, em 11 de setembro de 2001. Este evento produziu 2.973 mortes e conduziu a políticas e acordos internacionais para intensificar medidas de segurança, incluídos o monitoramento e a restrição de movimentações financeiras.

Impacto dos desastres no sistema de saúde

Impacto na saúde

Os danos e alterações produzidas pelos eventos adversos poderiam aumentar o risco de doenças transmissíveis, principalmente devido ao deslocamento da população, amontoamento,

diminuição da quantidade e qualidade da água, alteração dos sistemas de manejo de resíduos líquidos e sólidos, manejo inadequado dos alimentos e diminuição da capacidade resolutive da rede de serviços de saúde. Felizmente, não houve epidemias como consequência dos desastres na Região, devido principalmente à resposta dos países e, em particular, à do setor saúde, que controlou adequadamente os fatores de risco.

Uma das prioridades foi assegurar o atendimento de saúde da população afetada, com pé firme na prestação de serviços, detecção precoce e atendimento oportuno dos casos de dengue, febre tifóide, paludismo, cólera, gastroenterite, leptospirose, doença de Chagas e hepatite A, principalmente nas comunidades afetadas por inundações (347) e em zonas endêmicas de Belize e Nicarágua.

Os danos à saúde mental se manifestaram em todos os desastres. No caso de El Salvador, os dois terremotos consecutivos de grande magnitude e as dezenas de réplicas repercutiram na saúde mental da população. Nas semanas seguintes foram registradas mais de 8.000 consultas por depressão e transtornos da ansiedade nesse país.

Impacto na infra-estrutura dos serviços de saúde

Muitos estabelecimentos de saúde sofreram danos em sua estrutura, instalações, equipamento e operação devido aos diversos desastres já mencionados. Além dos danos diretos, muitos estabelecimentos de saúde tiveram graves dificuldades para oferecer atendimento médico, devido à interrupção dos serviços públicos de eletricidade, água, comunicações, esgoto, manejo de detritos sólidos e hospitalares e, em outros casos, devido a danos nas vias de acesso. A demanda de atendimento médico, que aumentou como produto do evento adverso, teve de ser enviada a hospitais ou outros estabelecimentos de saúde localizados em zonas não afetadas, o que produziu efeitos a médio e longo prazo na rede de serviços de saúde (348).

Em 2001–2005, mais de 100 hospitais e pelo menos 1.000 centros de saúde da Região sofreram danos como consequência de desastres naturais. Exemplo disso são os 19 hospitais (63% da capacidade nacional) feridos nos terremotos de El Salvador em 2001, quatro dos quais tiveram de ser evacuados completamente e vários anos depois ainda se oferecia atendimento médico em instalações temporárias e barracas de campanha. Outros terremotos no Pacífico Sul (Golfito) e Pacífico Central (Parrita) da Costa Rica, em 2003 e 2004, respectivamente, danificaram duas clínicas e vários centros infantis de nutrição. Na zona de Siquirres, Costa Rica (2005), pelo menos 16 clínicas e alguns centros de atendimento primário sofreram a perda de equipamento e tiveram danos de diversos tipos.

Na Jamaica, durante o furacão Iván (2004), 124 (36%) dos aproximadamente 343 centros de saúde sofreram danos de diferente magnitude. O Ministério da Saúde manteve em funcionamento 93% (319) dos centros de atendimento médico, enquanto que 7% (24) dos mesmos e 35% do total dos hospitais públicos fi-

²²Inclui os acidentes de transporte terrestre, aéreo e marítimo com saldo massivo de vítimas.

caram fora de serviço pela gravidade de seus danos ou por problemas nas rotas de acesso aos centros.

Os furacões Frances, Iván e Jeanne, em sua passagem pela cidade de Gonaives, na costa norte do Haiti, fizeram com que partes da cidade recebessem uma torrente de lama e que a água alcançasse três metros de altura, como consequência disso o hospital principal da cidade, La Providence, ficou inabilitado. Todos os estabelecimentos de saúde em Granada ficaram inutilizados depois do furacão Iván, em 2004. Na cidade de Santa Fé, Argentina, os danos mais significativos pelas inundações em maio de 2004 foram produzidos no Hospital Infantil Dr. Orlando Alassia e no Hospital de Reabilitação Vera Candioti, os quais permaneceram sob a água por vários dias. Com o encerramento do funcionamento de ambos os hospitais especializados foi perdida a disponibilidade de 170 leitos (13% dos leitos disponíveis na zona sanitária afetada). Também foram inundados parcialmente outros 14 estabelecimentos de saúde de atendimento primário.

Os desastres e as urgências médicas de grande magnitude costumam gerar caos no sistema de atendimento de saúde de um país; entretanto, também dão a oportunidade de pôr em prática medidas de redução de risco e melhorar o estado de preparativos frente a desastres. Este é o caso do Hospital Infantil Benjamín Bloom em El Salvador, o qual após ter haver sido seriamente afetado por um terremoto, em 1986, foi reparado seguindo normas anti-sísmicas. Em 2001, este hospital sofreu apenas danos menores e funcionou em sua máxima capacidade imediatamente depois dos terremotos desse ano, e se constituiu no centro de referência e atendimento dos pacientes provenientes de mais de 19 hospitais danificados.

Tendências gerais do risco

O uso indiscriminado e intensivo dos recursos naturais, a marcada deterioração dos solos e o desmatamento afetaram a capacidade dos ecossistemas para regenerar-se e compensar o efeito direto e indireto da ação humana (349). Além disso, o planejamento urbano inadequado, o aumento da migração das zonas rurais para as grandes cidades, o manejo deficiente de substâncias perigosas, o crescimento da população que vive em condições de pobreza, entre outras causas, levaram à população menos favorecida a residir em zonas de risco. O resultado foi que os eventos adversos ocasionaram cada vez maior destruição no período 2001–2005.

Os desastres provocados por furacões aumentaram em 80%, enquanto que o número de furacões destrutivos se elevou apenas em 14% no período 2001–2005 (25 furacões e 88 desastres) em comparação com 1996–2000 (22 furacões e 49 desastres). As inundações aumentaram 48%, de 113 (1996–2000) para 168 (2001–2005). Os desastres provocados pela atividade humana (tecnológicos e acidentes de transporte) mostraram um leve aumento, continuando a tendência dos últimos 30 anos.

Existe consenso internacional acerca de que o aumento do número de desastres é um desafio ao qual os países deverão fazer

frente com mais e melhores ferramentas, para reduzir o risco e melhorar a capacidade de resposta. Mais de uma década depois da Conferência Internacional sobre Mitigação de Desastres em Instalações de Saúde realizada no México em 1996, pelo menos 21 países das Américas realizaram estudos de vulnerabilidade e muitos deles puseram em prática medidas de redução de risco em instituições de saúde frente a fenômenos naturais.

Os ministros da saúde analisaram os danos provocados pelos desastres nos serviços de saúde e acordaram, em setembro de 2004, que todos os hospitais existentes devem ser reforçados e os novos têm que ser desenhados e construídos de tal maneira que se garanta seu funcionamento em casos de desastre. Este acordo marcou o início da política regional de “Hospitais Seguros”, que foi ratificada e respaldada por mais de 169 países na Conferência Mundial de Redução de Desastres, em 2005. O acordo projeta que cada país deverá contar com uma política nacional de hospitais seguros, e foi estabelecido como meta que para 2015 todos os hospitais novos serão resistentes aos desastres naturais e que os estabelecimentos de saúde existentes serão reforçados, em particular os que oferecem atendimento primário da saúde.

Conclusão

A população na Região é uma sociedade que deverá resolver suas próprias vulnerabilidades ao mesmo tempo em que enfrenta um maior número de desastres (350, 351).

A evidência recolhida ao longo dos últimos anos em matéria de desastres mostra uma tendência ao aumento de fenômenos destrutivos, tanto de origem natural como os relacionados à atividade humana. Entre as causas principais que poderiam explicar esta tendência se encontram a mudança climática, o desenvolvimento tecnológico, o uso inadequado dos recursos naturais e o aumento dos assentamentos de populações de menores rendas econômicas em zonas de risco.

O risco é um aspecto complicado que requer medidas complexas e integradas. A gestão do risco de desastres na Região das Américas deve incluir medidas que vão desde o político e econômico até a biodiversidade e a proteção ambiental. A análise do risco, a determinação das ameaças e a avaliação da vulnerabilidade são passos fundamentais para a elaboração de políticas, estratégias, planos e programas de gestão de risco e atendimento de desastres, com a participação mais ampla das instituições públicas e privadas, e onde esteja presente a visão das comunidades afetadas. Diante de o risco existente, os países e territórios das Américas deverão revisar e atualizar seus planos multissetoriais e setoriais, capacitar a população e os grupos de resposta localizados nas zonas de risco e assegurar os recursos financeiros e materiais para aplicar as medidas de redução de risco, assistência humanitária e recuperação precoce.

A vasta experiência da Região em fazer frente aos riscos naturais e antropogênicos demonstrou que não existem atalhos que conduzam rapidamente à redução de desastres. sobretudo, a viagem continua sendo um longo caminho vinculado ao desenvolvi-

QUADRO 28. Estimativa da população indígena (número e porcentagem) em países selecionados, Região das Américas.

Porcentagem da população total	Total de população indígena		
	<100.000	100.000 a 500.000	>500.000
>40			Bolívia Equador Guatemala Peru
5 a 40	Belize Guiana Suriname	El Salvador Nicarágua Panamá	Chile Honduras México
<5	Costa Rica Dominica Guiana Francesa Jamaica	Argentina Brasil Paraguai Venezuela	Canadá Colômbia Estados Unidos

Nota: este quadro se refere às estatísticas nacionais oficiais que mostram os povos indígenas como “maiorias” ou “minorias”; entretanto, dentro dos países pode haver focos onde as populações indígenas correspondem à maioria nessa área, ainda que as cifras nacionais não o reflitam.

Fontes: Relatórios sobre a Avaliação do Decênio Internacional dos Povos Indígenas do Mundo, OPAS, 2004. Hall G, Patrinos AH. Indigenous Peoples, Poverty and Human Development in Latin America: 1994—2004. Washington, DC: World Bank, 2005. Montenegro R, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean [Indigenous Health 2]. Lancet 2006; 367:1859—69.

mento sustentável. Os países deverão percorrer um caminho onde o progresso na redução do risco é alcançado na medida em que se reconhece que a administração de desastres acarreta a responsabilidade pelo desenvolvimento e o planejamento; por sua vez, este requer trabalho interdisciplinar e a participação comprometida de toda a sociedade.

No marco da solidariedade pan-americana, quase todos os países e ministérios da saúde das Américas adotaram medidas formais para melhorar continuamente a redução de riscos e os preparativos para casos de desastre; conseqüentemente, os países geraram a capacidade de responder a eventos de magnitude leve e moderada. Entretanto, será necessário reforçar continuamente essa capacidade e obter o Compromisso político para coordenar o setor saúde e todos os demais atores chave para enfrentar circunstâncias imprevistas e desastres de maior magnitude, não só na resposta e assistência humanitária, mas fundamentalmente na redução do risco de emergências e desastres.

SAÚDE DE GRUPOS ESPECIAIS

SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

Hoje em dia, de 45 a 50 milhões de indígenas pertencentes a mais de 600 povos únicos²³ habitam nas Américas e representam quase 10% da população total, assim como 40% da população rural da América Latina e Caribe (352–355). Os povos indígenas proporcionam uma grande diversidade e vitalidade aos 24 países em que residem (quadro 28) e são os custódios de grande parte da herança cultural e da biodiversidade do continente (352). Ape-

sar de sua presença histórica e de suas incontáveis contribuições, os povos indígenas são sumamente vulneráveis nos países onde habitam e seus direitos humanos, assim como seus direitos à igualdade social, política e econômica, estão comprometidos ou então foram negados. Como resultado, existem profundas iniquidades em suas condições de vida, estado de saúde e cobertura de serviços de saúde (quadro 29) (352–356).

A incidência de pobreza e de pobreza extrema é muito mais alta entre os povos indígenas das Américas que entre a população não indígena. Na Bolívia e Guatemala, por exemplo, mais da metade da população total é pobre, mas praticamente três quartas partes da população indígena é pobre. Do total de lares pobres no Peru, 43% são indígenas (353). Esta pobreza está misturada com outros fatores que complicam a situação, tais como taxas de analfabetismo e desemprego significativamente mais elevadas, serviços sociais não disponíveis ou de difícil acesso, violação dos direitos humanos, deslocamentos devidos a conflitos armados, e degradação do ambiente. Nos municípios indígenas do México, a taxa de analfabetismo é de 43%, quase três vezes mais alta que a média nacional; essa mesma taxa é de mais de 60% nas mulheres

²³No Artigo 1 do Convênio da OIT (Nº 169) sobre povos indígenas e tribais em países independentes (1989), é considerado indígena a aquele setor da coletividade nacional que se distingue de outros setores: “os povos em países independentes, considerados indígenas pelo fato de descender de populações que habitavam no país ou em uma região geográfica à qual pertence o país na época da conquista ou da colonização ou do estabelecimento das atuais fronteiras estatais e que, qualquer que seja sua situação jurídica, conservam todas as suas próprias instituições sociais, econômicas, culturais e políticas, ou parte delas”. O conceito de povo se refere ao conjunto de traços que caracterizam a um grupo humano quanto a seu território, história, cultura e etnia, dando-lhe um sentido de identidade.

QUADRO 29. Iniquidades que afetam os povos indígenas em relação aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, países selecionados, Região das Américas.

Objetivo/Meta	País	Indígenas	Não indígenas
1. Pobreza	Chile	32,2% (2000)	20,1% (2000)
	Canadá	34% (2004)	16% (2004)
2. Analfabetismo	Bolívia	19,61% (2001)	4,5% (2001) (Censo 2001)
3. Equidade de gênero e autonomia das mulheres	Guatemala	O analfabetismo nas mulheres indígenas é de 50 a 90% e apenas 43% terminam a escola primária; 5,8% a secundária e 1% atinge níveis de educação superior (2001)	
4. Mortalidade infantil	Panamá	Bocas del Toro 37,6; Darién 29,2; Comarca Nögbe-Buglé 27,9 por 1.000 nascidos vivos (2003)	15,2 por 1.000 nascidos vivos (2003)
5. Mortalidade materna	Honduras	255 por 100.000 nascidos vivos (Intibuca)	147 por 100.000 nascidos vivos (dados notificados no relatório de Honduras de 2004)
6. Combate ao paludismo, HIV/AIDS e outras doenças	Nicarágua	90% dos casos de paludismo por falciparum se concentram em 24 municípios com população indígena	
7. Sustentabilidade do meio ambiente e condição nutricional		95% das fontes superficiais de água estão contaminadas. A desnutrição em crianças e adultos está associada a parasitas; 40% das crianças indígenas sofrem de desnutrição em comparação com 20% de todo o país	
8. Promover uma aliança mundial para o desenvolvimento	El Salvador	A existência de problemas similares entre os povos indígenas (isto é, perfis epidemiológicos similares, refugiados, mudanças nos estilos de vida, aculturação, avanços no desenvolvimento, perda de territórios), sobretudo daqueles que residem em áreas limítrofes, tornam urgente a coordenação de tarefas orientadas ao desenvolvimento e/ou a aplicação de convênios internacionais e sub-regionais nas Américas	

Nota: este quadro responde à necessidade de aplicar o contido nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio à realidade dos povos indígenas e mostra a carga da doença e a iniquidade que afeta estes povos nas Américas. O cumprimento real do aqui estabelecido, tal como o solicitam os líderes indígenas, requererá a incorporação das visões destes povos, por exemplo, nos conceitos de pobreza, aliança e desenvolvimento.

Fonte: Dados proporcionados pelos países que participaram na avaliação nacional dos êxitos em saúde, dentro do marco do Decênio Internacional dos Povos Indígenas do Mundo, OPAS, 2004.

indígenas (353, 357). Foram registrados elevados níveis de contaminantes tóxicos em várias comunidades indígenas. Nas regiões do Ártico no Canadá, estudos sobre o desenvolvimento dos infantes em Nunavik verificaram problemas na função imunológica, assim como um aumento nas infecções respiratórias infantis e baixo peso ao nascer devido à exposição pré-natal a organoclorados (358, 359).

Tradicionalmente, as populações indígenas sofreram elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, desnutrição e doenças infecciosas. A razão de mortalidade materna na Guatemala, país com 42% de população indígena, é das mais elevadas na América Latina, e é ainda mais alta entre as mulheres indígenas; de fato,

esta última é três vezes superior (211 por 100.000 nascidos vivos) à de mães não indígenas (70 por 100.000 nascidos vivos), segundo o estudo de linha base da mortalidade materna do ano 2000 (360, 361). Na Bolívia, a taxa de mortalidade infantil média é de 102 por 1.000 nascidos vivos em 51 municípios rurais com mais de 50% de mulheres indígenas monolíngües, ou de mais que o dobro ao compará-la com a correspondente à população geral (54 por 1.000 nascidos vivos) (362). A desnutrição nas crianças indígenas da região norte da Argentina é a principal causa de morbidade e de mortalidade; 80% dos casos de desnutrição infantil se devem a parasitoses vinculadas a condições precárias de saneamento ambiental (352). A taxa de mortalidade de-

vida à tuberculose pulmonar na população indígena duplica à da população geral no México (363), e no Canadá é de 8 a 10 vezes mais alta que a média geral (352).

Na Nicarágua, 90% dos casos de paludismo por *Plasmodium falciparum* se concentram em 24 municípios com população indígena. Em 2002, nos Distritos Especiais de Saúde dos Indígenas no Brasil, as doenças respiratórias foram a segunda causa de demanda de serviços de saúde. Dos falecidos por pneumonia, 85,5% foram crianças menores de 5 anos de idade e 48,2%, menores de 1 ano, o que expõe a importância que possuem estas doenças na mortalidade infantil das populações indígenas do Brasil (352).

Os transtornos crônicos tais como o consumo de álcool e drogas, o suicídio, as doenças de transmissão sexual e a perda da influência das práticas de saúde tradicionais se tornam cada vez mais importantes, na medida em que as populações indígenas adquirem mais mobilidade, estão menos isoladas, se tornam mais urbanas, e residem em áreas fronteiriças. Em 1999, um estudo que incluiu informação procedente de censos de população, entrevistas, dados clínicos e avaliações bioquímicas, foi realizado em 80 homens e 71 mulheres em algumas comunidades Guaraní-Mybá (Sapukai, Paraty-Mirim e Araponga) do Estado do Rio de Janeiro, no Brasil. A prevalência dos fatores de risco estudados na amostra total foi a seguinte para as três comunidades, respectivamente: hipertensão: 4,8%, 2,6% e 7,4%; sobrepeso: 26,7%, 19,5% e 34,8%; níveis totais de colesterol: 2,8%, 2,7% e 2,9%, e níveis elevados de triglicérides: 12,6%, 9,5% e 15,9%. Todas as taxas de prevalência foram mais altas nas mulheres e em idades mais avançadas. Os resultados sugerem que as comunidades guaranis apresentam um risco moderado de sofrer de doenças crônicas e que é necessário estabelecer medidas para diminuir o referidos riscos (364). Por outro lado, ainda que a prevalência de doenças cardiovasculares tenha diminuído no Canadá, existem dados que sugerem que estão aumentando entre os povos nativos dessa nação. Em um estudo realizado entre participantes selecionados aleatoriamente de uma ampla lista de 301 membros da comunidade indígena das Seis Nações e 326 indivíduos de origem européia, foi informado que entre os primeiros havia muito mais casos de aterosclerose da carótida que entre os descendentes de europeus.

Esses problemas foram vinculados a taxas mais elevadas de tabagismo, intolerância à glicose, obesidade, obesidade abdominal, e concentrações substancialmente mais altas de fibrinogênio e do inibidor-1 do ativador de plasminogênio, assim como a taxas muito mais elevadas de desemprego e a uma receita anual mais baixa no lar (365).

Ainda que a informação disponível sobre o consumo de álcool entre os povos indígenas nos países da América Latina e Caribe seja limitada, basta para tornar evidente a gravidade do problema. No Peru, um estudo realizado em 2000 em diversas comunidades aymarás do altiplano de Puno, assim como em comunidades shipibo do Amazonas, foi verificado que o consumo de álcool predominava entre os homens e que se associava a con-

duitas agressivas para as esposas, os filhos e outros parentes próximos (366). Diversos relatórios sugerem um aumento no consumo de álcool na população indígena das zonas urbanas. É particularmente preocupante o aumento do alcoolismo nas mulheres indígenas em situações especiais, como por exemplo, a viuvez, o abandono, o desarraigamento e a solidão (367–369).

Nas últimas décadas, a busca de trabalho dos garífunas os tem levado cada vez mais às cidades hondurenhas de Ceiba e San Pedro Suya, e muito mais longe, até Nova York, Los Angeles e Nova Orleans; inclusive, existe uma comunidade garífuna em Londres. A diáspora foi intensificada nos últimos 10 anos devido ao fato de que investidores, tanto nacionais como estrangeiros, adquiriram terras dos garífunas para o desenvolvimento turístico. A taxa acumulada de AIDS nos garífunas em Honduras é quase 15 vezes superior à nacional e mais de 8% são soropositivos ao HIV, o que representa uma cifra quatro vezes superior à média nacional (370).

O número crescente de suicídios entre os jovens indígenas no noroeste da Colômbia criou uma grande preocupação na Agência da Organização das Nações Unidas para os Refugiados, assim como nas organizações de povos indígenas. Em pouco mais de um ano, 17 jovens embera e wounaan, de 12 a 24 anos de idade, se suicidaram ou então tentaram fazê-lo. De acordo com a Associação de Cabildos Maiores Indígenas do Baixo Atrato —conformada por 25 comunidades dos povos Wounaan, Embera, Katío, Tule e Chamí — os povos indígenas estão perdendo “seu desejo de viver”, devido ao impacto do conflito Colombiano em suas comunidades (371).

Na costa do Atlântico, em Honduras e Nicarágua, há aproximadamente 30 anos começou-se a praticar a pesca de lagosta e camarão, com fins comerciais (372–374). Essa atividade, que é realizada em condições precárias — sem o equipamento de mergulho adequado — ocasionou uma elevada taxa de deficiência e morte nos adolescentes e adultos jovens da população miskito, ao que são somados os problemas sociais e o desequilíbrio ecológico criado pela pesca indiscriminada de lagosta (373–375). As vítimas da síndrome de descompressão inadequada têm entre 20 e 41 anos de idade (376).

Ainda que a carga da doença e o perfil epidemiológico transicional de outros grupos desfavorecidos na Região sejam similares aos dos povos indígenas, a má condição de saúde destes é somada a discriminação e a desigualdade no interior do sistema de saúde. Parte do desafio nesta área consiste em articular melhor o sistema de saúde indígena, assim como seus múltiplos agentes de saúde e práticas, com os serviços de atendimento à saúde que oferecem os governos. Estas comunidades dependem de curandeiros espirituais e tradicionais para promover a saúde, prevenir as doenças e proporcionar medicinas para males comuns; muitas vezes esses curandeiros constituem o único recurso em matéria de saúde de que dispõem de maneira constante (352).

As desigualdades de gênero também estão presentes e as mulheres indígenas em particular enfrentam desafios na obtenção de

atendimento médico de qualidade em relação à saúde reprodutiva. Assim, por exemplo, a taxa de prevalência do uso de contraceptivos nas mulheres indígenas de Guatemala é de 10%, enquanto que a cobertura nacional ascende a 40%. No mesmo país, 41% dos partos são assistidos por pessoal de saúde capacitado em todo o país; a cobertura de parto ascende a 57% entre as mulheres mestiças e a 19,5% entre as indígenas (360, 361, 377).

Apesar dos serviços de saúde de má qualidade estarem presentes no contexto de muitos países em desenvolvimento, essa falha se torna mais grave naquelas zonas habitadas por povos indígenas. A persistência de certos aspectos de má qualidade na prestação dos serviços, como, por exemplo, a limitada competência do pessoal, a falta de cumprimento dos protocolos de tratamento baseados na evidência, a escassez de medicamentos e as baixas taxas de retenção de pessoal são comuns em grande parte das remotas localidades onde residem os indígenas. Por outro lado, as barreiras geográficas impedem a estas populações o acesso aos serviços de saúde, devido à distância e aos meios e custos de transporte, assim como ao isolamento geográfico estacional. Ainda que a maioria dos serviços médicos seja gratuita para os indígenas, o custo real do atendimento, incluindo os gastos adicionais para transporte, alimentação, hospedagem, atendimento à família, medicamentos e perda de dias de trabalho, apresenta um desafio à prestação dos serviços de saúde (352, 378–380).

As barreiras culturais constituem o desafio mais complexo, dado que existe um conhecimento muito reduzido dos fatores culturais e sociais que procedem dos conhecimentos, atitudes e práticas de saúde dos povos indígenas. A alternativa da medicina ocidental e suas intervenções podem ser ofensivas ou inadequadas para os praticantes da medicina tradicional. É difícil encontrar pessoal de saúde que fale e entenda as línguas indígenas, e a má comunicação entre os fornecedores de saúde e os interessados dificulta o acesso ao atendimento de qualidade. Por outro lado, muitas vezes os povos indígenas são objeto de discriminação por parte de pessoal não indígena nos centros de saúde; tanto o medo como a desconfiança ocasionados pelas atitudes e comportamentos dos trabalhadores da saúde levam os indígenas a não buscar o atendimento médico que requerem (381, 382). Assim, as crenças e práticas tradicionais vinculadas ao parto muitas vezes não são respeitadas nos âmbitos institucionais (383, 384). Quanto às políticas, a carência de estatísticas vitais ou de separação por pertença étnica, gênero e idade, dificulta ainda mais a geração de políticas e processos de gestão baseados na evidência. Em uma análise da Comissão Econômica para América Latina e Caribe, é observado que 13 de 24 nações com população indígena que realizaram censos de população recentemente, incorporaram perguntas relativas à identificação das populações indígenas. Além disso, 10 países da Região já processaram os dados de seus censos mais recentes e são realizados atualmente estudos das populações indígenas (385). Em termos de estatísticas vitais e de cobertura de serviços, ainda que já tenham sido estabelecidos os estudos e as estimativas, ainda não

existe uma caracterização adequada das populações indígenas da Região e, certamente, nenhum sistema confiável de informação, supervisão e avaliação de suas condições de saúde (352).

As políticas nacionais e os convênios internacionais guiam alguns países no desenvolvimento de programas destinados aos indígenas e na designação de financiamentos específicos para os serviços sociais destinados a essas populações. Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Chile, Equador, Guatemala, Guiana, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru e Venezuela incluíram o reconhecimento da diversidade em suas constituições políticas (386). O fomento da saúde dos povos indígenas e a incorporação de sua medicina tradicional nos sistemas nacionais de saúde foram integrados na legislação nacional de países como Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, México, Nicarágua, Panamá, Peru e Venezuela (386). A maioria dos países tem, dentro de seus ministérios da saúde, unidades técnicas dedicadas à saúde dos povos indígenas, assim como programas e projetos nacionais vinculados à saúde desta população. Não obstante, a execução destas políticas e experiências carece de coordenação, em grande medida, e não inclui uma participação considerável dos indígenas na concepção ou colocação em prática das referidas medidas, tal como estabelece, por exemplo, o Convênio 169 da Organização Internacional do Trabalho (janela 5) (369). A falta de comunicação, assim como a desintegração e a duplicação dos esforços em todos os níveis, impedem a disseminação das experiências adquiridas e restringem a sistematização e o uso da informação para proporcionar à sociedade produtos terminados. Outrossim, aspectos tais como os direitos da propriedade coletiva, as patentes, a proteção da biodiversidade e a conservação ainda não foram abordados de maneira adequada (352).

Conscientes das disparidades em saúde, no ano de 2000 os países se comprometeram a reduzir as brechas mediante o cumprimento dos ODM. Não obstante, as avaliações realizadas nas Américas, assim como projeções recentes, mostram que apesar de terem sido obtidos alguns êxitos no setor saúde, os resultados esperados não serão alcançados nem em tempo nem em forma, sobretudo quanto às populações indígenas, a menos que sejam reorientadas certas estratégias atuais. Por exemplo, as estratégias para a diminuição da pobreza e para o desenvolvimento econômico não incluem a identidade dos indígenas, sua visão do mundo, nem tampouco sua cultura; tampouco são considerados seus direitos à autodeterminação e a exercer o controle de seus territórios e recursos nem sua perspectiva holística da saúde. Hoje em dia, a avaliação do avanço para os ODM se realiza a partir de médias de dados não isolados; portanto, o progresso (ou a ausência do mesmo) das populações indígenas fica perdido nos cálculos (387).

Em dezembro de 2004, a Assembléia Geral do Foro Permanente para as Questões Indígenas, das Nações Unidas, adotou uma resolução em relação a um Segundo Decênio dos Povos Indígenas do Mundo (2005–2015). A meta deste Decênio consiste em fortalecer ainda mais a cooperação internacional para a so-

JANELA 5. Convênio 169 sobre os Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes, Organização Internacional do Trabalho

Parte V. Previdência social e Saúde

Artigo 24

Os regimes de previdência social deverão se estender progressivamente aos povos interessados e serem aplicados aos mesmos sem discriminação alguma.

Artigo 25

1. Os governos deverão zelar para que se ponha à disposição dos povos interessados serviços de saúde adequados ou proporcionar ao referidos povos os meios que lhes permitam organizar e prestar tais serviços sob sua própria responsabilidade e controle, a fim de que possam gozar do máximo nível possível de saúde física e mental.
2. Os serviços de saúde deverão organizar-se, na medida do possível, em nível comunitário. Estes serviços deverão ser planejados e administrados em cooperação com os povos interessados e levar em conta suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais, assim como seus métodos de prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais.
3. O sistema de assistência sanitária deverá dar a preferência à formação e ao emprego de pessoal sanitário da comunidade local e se centrar nos cuidados primários de saúde, mantendo ao mesmo tempo estreitos vínculos com os demais níveis de assistência sanitária.
4. A prestação de tais serviços de saúde deverá ser coordenada com as demais medidas sociais, econômicas e culturais tomadas no país.

Fonte: Organização Internacional do Trabalho. Normas Internacionais do Trabalho, C169 Convênio sobre povos indígenas e tribais, 1989 [Site na Internet]. Disponível em: <http://www.ilo.org/ilolex/spanish/subjlst.htm>. Consultada em 10 de abril de 2007.

lução dos problemas aos quais enfrentam as populações indígenas em áreas tais como a cultura, a educação, a saúde, os direitos humanos, o Meio Ambiente e o desenvolvimento econômico e social, por meio de projetos específicos e programas orientados à ação, maior assistência técnica e atividades pertinentes ao estabelecimento de padrões (janela 6) (388).

Ao reconhecer as prioridades dos povos indígenas, a OPAS e os Estados Membros aceitaram que existe uma urgente necessidade de enfatizar formas respeitadas e inovadoras de trabalhar com os representantes indígenas e de mostrar resultados claros que denotem a redução da carga de doença e deficiência, assim como das barreiras de acesso ao atendimento à saúde de qualidade nas comunidades. Este processo marcará a pauta ao longo das seguintes linhas de ação estratégicas durante 2007–2011 (389): 1) garantir a incorporação das perspectivas indígenas ao êxito dos ODM e das políticas de saúde nacionais; 2) aumentar a informação e a gestão do conhecimento dos aspectos de saúde dos indígenas, com o objeto de fortalecer as capacidades de supervisão e de tomada de decisão baseadas na evidência, tanto regional como nacional; 3) integrar o enfoque intercultural nos sistemas de saúde nacionais na Região, como parte da estratégia de atendimento primário à saúde, e 4) desenvolver alianças específicas

com povos indígenas, assim como com outros participantes, a fim de obter maiores avanços na saúde das referidas populações.

SAÚDE DOS AFRO-DESCENDENTES

A Região das Américas tem uma grande diversidade étnica e cultural, devido a seu próprio processo histórico e social de conquista, colonialismo e imigração. Ao segmento populacional dos povos indígenas, que foi analisado na seção anterior, devem ser acrescentados os afro-descendentes, que são estimados em 250 milhões em toda a Região. Existe uma proporção de população afro-descendente superior a 45% nos países do Caribe de fala inglesa, Brasil, Haiti e República Dominicana. O país da Região com maior população afro-descendente é o Brasil, com um cálculo oficial de quase 75 milhões; os Estados Unidos da América contam com 36 milhões de afro-descendentes (12,9%) e a Colômbia tem aproximadamente 8 milhões (23%).

Apesar de sua importância numérica, este segmento de população foi invisível socialmente desde os processos de independência, devido a características como sua alta urbanização e a perda, na maioria dos países, de uma língua própria que os identifique. A maioria dos países não dispunha de dados sobre

JANELA 6. Objetivos do Segundo Decênio dos Povos Indígenas do Mundo

1. O fomento da não discriminação e da inclusão dos povos indígenas na elaboração, aplicação e avaliação dos processos internacionais, regionais e nacionais relativos à legislação, as políticas, os recursos, os programas e os projetos;
2. O fomento da participação plena e efetiva dos povos indígenas nas decisões que afetam, direta ou indiretamente, seus estilos de vida, terras tradicionais e territórios, sua integridade cultural como povos indígenas que possuem direitos coletivos ou qualquer outro aspecto de suas vidas, levando em conta o princípio do consentimento livre, prévio e informado;
3. A redefinição das políticas de desenvolvimento para que incluam uma visão de equidade e sejam culturalmente adequadas, com inclusão do respeito à diversidade cultural e lingüística dos povos indígenas;
4. A adoção de políticas, programas, projetos e orçamentos que tenham objetivos específicos para o desenvolvimento dos povos indígenas, com inclusão de parâmetros concretos, e insistindo em particular nas mulheres, as crianças e os jovens indígenas;
5. A criação de mecanismos de supervisão estritos e a melhora da prestação de contas em nível internacional e regional e particularmente em nível nacional, no tocante à aplicação dos marcos jurídicos, normativos e operacionais para a proteção dos povos indígenas e a melhoria de suas vidas.

Fonte: Nações Unidas, Foro Permanente para as Questões Indígenas. Segundo Decênio dos Povos Indígenas do Mundo [Site na Internet]. Disponível em: <http://www.un.org/essa/socdev/unpfii/em/second.html>. Consultado em 10 de abril de 2007.

este grupo específico de população. A partir dos esforços realizados desde o começo da década de 2000 com o respaldo de instituições financeiras e as agências das Nações Unidas, um número reduzido de países (Brasil, Costa Rica, Colômbia,²⁴ Equador, Guatemala, Honduras e Trinidad e Tobago) incorporaram os afro-descendentes como categoria étnica nas fontes de estatísticas. A informação separada dos censos e pesquisas de lares dos países referidos permite realizar a análise das condições de vida e a situação de saúde deste grupo populacional; além disso, existe a possibilidade de que no futuro se possa fazer o acompanhamento do impacto das políticas na melhoria de sua qualidade de vida.

Análises realizadas pela OPAS sobre a informação estatística mencionada confirmam uma situação de extrema vulnerabilidade dos afro-descendentes na América do Sul, muito similar à que sofrem os povos indígenas. No Equador, por exemplo, a porcentagem da população afro-descendente pobre se eleva a 52%, semelhante aos níveis de pobreza dos povos indígenas. No Brasil, a população afro-brasileira pobre representa 52% do total de seu grupo, frente a 26% do resto da população. Também na Colômbia as taxas mais altas de pobreza e indigência as têm os indígenas, seguidos dos afro-colombianos (390). É importante destacar que esta distribuição da pobreza por grupo étnico também é acom-

panhada de algumas diferenças de gênero na estrutura do lar. As famílias com chefe de família feminina, dentro de uma estrutura de família ampliada, estão sobre-representadas nas famílias de origem africana (quadro 30).

Esta situação, que é compartilhada pela população de origem africana em diferentes países, dá conta de uma exclusão social extrema e sustentada por séculos, que afeta todas as áreas da vida e é exposta ao analisar outros indicadores. Por exemplo, a população afrodescendente urbana do Equador entre 15 e 19 anos de idade que completou seis anos de estudo é de 78% para os homens e 80% para as mulheres, inferior às porcentagens alcançadas pela população não étnica no mesmo país (87% para homens e mulheres). No Brasil esta brecha é ainda mais acentuada: para a mesma faixa etária, apenas 56,2% dos homens e 66% das mulheres de origem africana completaram seis anos de estudo, frente a 80,9% e 85,2% do resto da população, respectivamente.

Nos países centro-americanos, a situação dos afro-descendentes não é tão severa. Em Honduras, a população com ascendência africana²⁵ representa 5% da população total, é fundamentalmente urbana e se posiciona na Costa Atlântica em cidades tais como Tela, La Ceiba, Porto Cortés e Porto Castilla. A pobreza em Honduras é menos aguda na população afro-descendente que na indígena, medida em função das necessidades básicas insatisfei-

²⁴Ainda não está disponível a informação do Censo da Colômbia que foi realizado em 2005, mas foram utilizados os dados da publicação: Situação de saúde na Colômbia. Indicadores Básicos 2003, Instituto Nacional de Saúde Ministério da Promoção Social e OPAS. Bogotá. Colômbia 2003.

²⁵Os afro-hondurenos descendem de africanos que chegaram a Honduras de São Vicente e Granadinas em 1797, e posteriormente se integraram com indígenas caribes e Arawako.

QUADRO 30. Tipo de lares por grupo étnico e sexo do chefe, Brasil, 2001.

Tipo de lar	Lares com chefe					
	Afro-descendente (%)			Restante de lares (%)		
	Homem	Mulher	Total	Homem	Mulher	Total
Unipessoal	6,8	15,6	8,9	6,0	23,4	10,3
Nuclear biparental	71,8	7,2	56,2	76,7	7,8	59,8
Nuclear monoparental	1,8	39,0	10,8	1,7	38,7	10,8
Extenso e composto	19,5	38,1	24,0	15,7	30,1	19,2
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: Dados retirados de: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pesquisa de lares) 2001. Elaboração da OPAS.

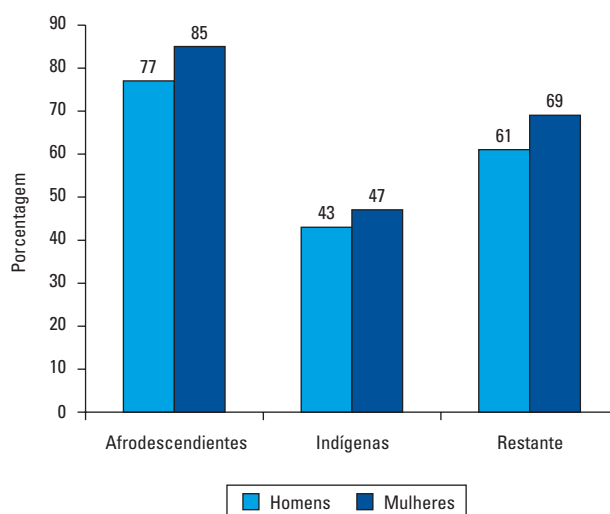
tas: 42% dos afro-hondurenhos apresenta uma ou mais necessidades básicas insatisfeitas frente a 78% dos membros das comunidades indígenas. Também o êxito educacional, medido pela proporção da população de 15 a 19 anos que completou seis anos de estudo, é favorável aos afro-descendentes quando se comparam com os povos indígenas e o resto da população (figura 30).

Em relação com os indicadores sanitários, existe um vácuo nos dados estatísticos devido ao fato de que os sistemas de informação em saúde dos países não capturam a origem étnica dos afro-descendentes, motivo pelo qual não é possível separar os dados. Existem estudos com outras fontes, que revelam importantes disparidades em detrimento dos afro-descendentes, tanto nas condições de vida como no acesso aos serviços.²⁶

Quanto à mortalidade infantil, no Equador, a população afro-equatoriana apresenta uma taxa mais alta (32,6 por 1.000 nascidos vivos) que a população não pertencente a nenhum grupo étnico (25,8), segundo os dados do censo de 2001. As diferenças são mantidas também quando os dados são separados por área urbana (29,3 por 1.000 nascidos vivos nos afro-descendentes e 21,3 nos grupos não étnicos) e rural (39,4 e 32,9, respectivamente). No Brasil, segundo o censo de 2000, a mortalidade infantil dos filhos de mães afro-descendentes é maior (37,6 por 1.000 nascidos vivos) que a do resto da população (25). Na Colômbia, a mortalidade infantil apresenta uma situação próxima à média latino-americana; entretanto, no departamento de Chocó, cuja população é majoritariamente de origem africana (70%), as taxas de mortalidade infantil são três vezes mais altas nos homens (98,6 por 1.000 nascidos vivos) e quatro vezes mais nas mulheres (80,9) que a média nacional (figura 31); as referidas cifras são superiores às do Haiti (79 por 1.000), Índia (65) ou Quênia (68).

Em Honduras, a taxa de mortalidade de menores de 5 anos para população afro-descendente que vive em contextos urbanos (30,7 por 1.000 nascidos vivos) é mais alta que a indígena nessas áreas (21,3) e que a população não étnica (25,3).

Em relação à infecção por HIV e outras doenças vinculadas à pobreza, existem brechas no risco de morrer segundo o origem étnica e o sexo. Em Honduras, mais de 8% dos garífunas adultos são HIV positivos frente a 2% da média nacional e a taxa acumulativa de casos de HIV é quase 15 vezes a taxa nacional. No Brasil, a partir de 1998, o governo adotou a política de universalização do tratamento anti-retroviral sem custo; não obstante, a partir desse ano, no estado de São Paulo, o risco de morrer da população masculina branca foi reduzida substancialmente, mas a queda em suas contrapartes afro-brasileiras foi menor; nas populações femininas também se observa que o risco é maior para as mulheres de origem africana que para as mulheres brancas (figura 32).

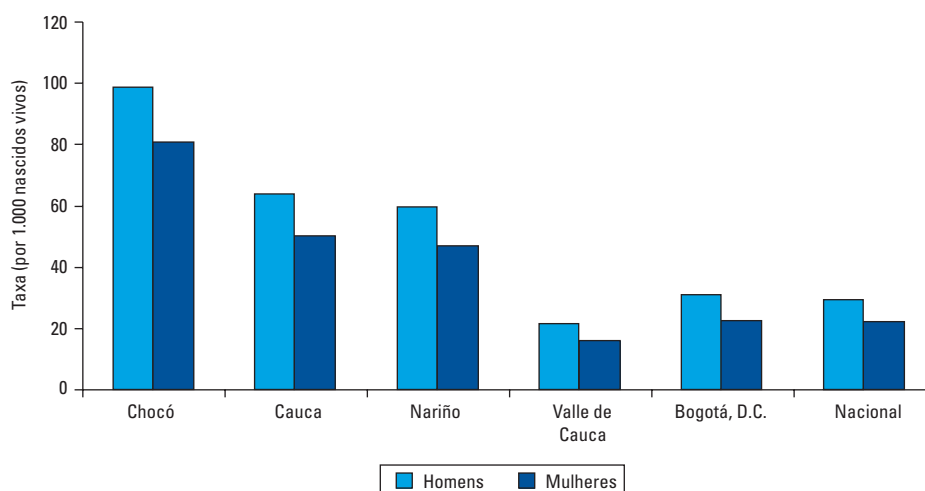
FIGURA 30. Porcentagem da população de 15 a 19 anos que completou seis anos de educação por etnia, segundo sexo, Honduras, 2001.

Fonte: Censo de População 2001, elaboração PAHO.

Em relação ao abastecimento de água, os censos de 2000 indicam que há brechas em detrimento da população afro-descendente, comparada com a população não étnica. No Brasil, 85,4% dos afro-brasileiros têm acesso adequado a fontes de água potável, frente a 92% da população não étnica; no Equador, a diferença é 66% dos afro-equatorianos frente a 69% de população

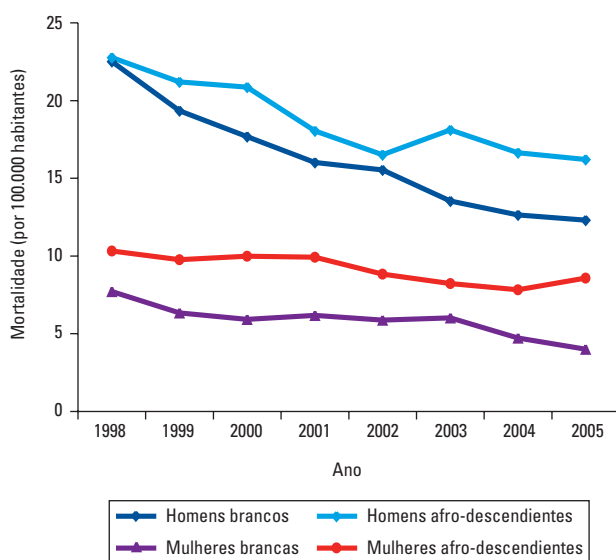
²⁶Mais informação sobre este tema pode ser consultada: Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde nas Américas, Edição 2002. Washington, D.C.: OPAS, 2002.

FIGURA 31. Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) por sexo, vários departamentos, Bogotá e média nacional, Colômbia, 2003.



Fonte: República de Colômbia, Ministério da Proteção Social, Instituto Nacional de Saúde. Situação de saúde na Colômbia. Organização Pan-Americana da Saúde, Indicadores Básicos, 2003.

FIGURA 32. Risco de morrer por AIDS segundo sexo e raça, tendências no município de São Paulo, Brasil, 1998–2005.



Fonte: Proaim, São Paulo, Brasil com colaboração de OPAS.

não étnica; os afro-hondurenhos têm uma situação quase equitativa com a população não étnica (74% contra 73%).

Em 2004, a Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial do Brasil convocou, com a proteção do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos e a OPAS, a oficina regional “Trabalhando para obter a equidade

étnica em saúde”. Na oficina participaram delegações de 24 países, com representantes dos ministérios da saúde, a sociedade civil e as chancelarias encarregadas do acompanhamento das cúpulas. Os delegados reconheceram que os afro-descendentes apresentam indicadores deficitários nos ODM (janela 7) e afirmaram “que é oportuno redobrar os esforços para que os ODM beneficiem os grupos vítimas do racismo, a discriminação racial, a xenofobia e outras formas conexas de intolerância” (391).

Apesar da população afro-descendente ser quase a metade da população nacional no Brasil, só integram 10% do total de médicos, proporção que é ainda inferior entre as mulheres que exercem essa profissão (quadro 31). No Equador, a população afro-descendente representa 1,5% do total dos médicos, representatividade muito inferior à que têm como população total. Em Honduras, o censo de população identificou 17.320 pessoas cuja profissão está vinculada ao campo da saúde, entre os quais são incluídas categorias como parteira e naturista; destes, menos de 2% (336) foram identificados como afro-descendentes, porcentagem inferior a que este grupo tem na população total (aproximadamente 5%).

Para alcançar maiores níveis de equidade nos grupos étnicos e raciais da Região, durante a “Década do desenvolvimento de recursos humanos em saúde” (2006–2015) serão essenciais os esforços das entidades educacionais na capacitação e formação com um enfoque multicultural, assim como os esforços do sistema de saúde na atualização de seus próprios funcionários.

SAÚDE DA FAMÍLIA E A COMUNIDADE

Com o objeto de garantir um acesso amplo aos serviços de atendimento à saúde e de incidir sobre situações e fatores que

JANELA 7. Reduzir as brechas étnicas e raciais para alcançar os ODM.

Nos países onde os afro-descendentes são um segmento importante da população, se deve reduzir a mortalidade dos menores de 1 ano para alcançar com maior equidade os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

O caso do Brasil, com uma população afro-descendente de 46%, permite ilustrar esta afirmação. A taxa de mortalidade infantil (TMI) neste país foi reduzida quase 40% em uma década, de 49,4 por 1.000 nascidos vivos (nv) em 1990 para 30,8 por 1.000 nv em 2000; desde uma perspectiva étnica, no quadro seguinte pode ser observado que em 2000 o risco de morrer de uma criança afro-descendente menor de 1 ano era o dobro do que a das menores de 1 ano do resto da população.

Taxa de mortalidade infantil de menores de 5 anos por área segundo condição étnica, Brasil, 2000.

Grupo étnico	Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nv)			Mortalidade de menores de 5 anos (por 1.000 nv)		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
Afro-descendente	37,6	35,1	45,0	46,7	43,3	57,6
Restante da população	25,0	23,3	32,7	29,8	27,5	40,0
Total	30,8			37,6		

Fonte: Dados do Censo de População do Brasil, 2000, disponíveis na base de dados de CEPAL/CELADE.

Se há de ser alcançada a meta de reduzir a mortalidade infantil a 16,5 por 1.000 nv para 2015, deverão ser analisadas diferentes estratégias para diminuir a brecha entre os segmentos populacionais. Para isso, o primeiro cenário é alcançar o objetivo mantendo fixa a brecha em 50%, para o qual deverão ser conseguidas taxas próximas a 19,5 por 1.000 nv para o grupo de afro-descendentes e de 13 por 1.000 nv para o resto da população. Se a mortalidade infantil total se reduzisse a 16,5 sem que a da população afro-descendente diminuísse a 19,5, a brecha aumentaria com um resultado negativo em termos sociais.

Outro cenário possível é tratar de reduzir a brecha e alcançar o objetivo. Neste cenário, a taxa de mortalidade de crianças afro-descendentes menores de 1 ano deve reduzir-se a 18,5 por 1.000 nv e a taxa do resto da população, a 14 por 1.000 nv. Neste caso também seria obtida a meta, mas com o valor agregado de uma redução de 25% na brecha da TMI. Como mostrado no quadro, pode ser aplicado um raciocínio similar para as crianças menores de 5 anos.

Para conseguir implementar estratégias que permitam alcançar estes resultados, são requeridos muitos esforços coordenados entre setores; por exemplo, já foi demonstrado amplamente o impacto positivo da educação das mães sobre a mortalidade infantil. Além disso, será requerida uma articulação bem-sucedida entre os programas de governo e o acompanhamento da sociedade civil.

afetam a saúde tanto dos indivíduos como das populações, é necessário recorrer a estratégias que, além de combinar programas, serviços e atividades, permitam obter resultados eficazes, como consequência de um efeito sinérgico. Entre os enfoques propostos está o de saúde familiar e comunitária, no qual as famílias e as comunidades são as autênticas protagonistas da gestão da saúde e não se limitam a ser sujeitos das medidas de atendimento integral e promoção da saúde. Em poucas palavras, o enfoque de saúde familiar e comunitária busca combinar ações e intervenções participativas de êxito demonstrado que, ao potencializar-se entre si, aumentam a eficácia de cada uma delas separadamente e tornam acessíveis os objetivos e metas de saúde ao longo de toda a vida (392). Assim por exemplo, a redução da mor-

talidade infantil se transforma em uma meta alcançável se o atendimento integral incorpora a promoção e proteção da saúde, a prevenção de exposição a riscos, o diagnóstico precoce e a substituição de funções comprometidas pela doença, além das intervenções curativo-paliativas voltadas às pessoas e as famílias.

A respeito, no Brasil há dados probatórios dos efeitos do Programa de Saúde da Família na diminuição da mortalidade infantil, e se calcula que um aumento de 10% na cobertura do mesmo poderia reduzir a mortalidade infantil em 4,5% (393). Em teoria, seria possível melhorar significativamente a qualidade de vida das crianças, além de reduzir a morbidade e mortalidade, mediante um programa de saúde familiar que inclui o atendimento à mulher grávida desde o início da gestação, e inclusive antes, a

QUADRO 31. Porcentagem de trabalhadores da saúde de origem africana por profissão e sexo, Brasil, 2002.

Profissão	Total	Homens	Mulheres
Médicos	10	11	8
Cirurgiões dentistas	9	11	8
Veterinários	15	14	16
Farmacêuticos	8	12	5
Enfermeiros de nível superior e afins	20	38	18
Fisioterapeutas e afins	11	12	11
Nutricionistas	31	0	32
Total	12	12	12

Fonte: Pesquisa de lares 2001.

fim de prevenir complicações e problemas de desenvolvimento fetal (394), assim como a transmissão de infecções *in útero*; o atendimento profissional do parto; a vacinação do recém-nascido e do infante; a prevenção de infecções respiratórias e o manejo de diarreias e parasitoses, e a orientação sobre nutrição, estimulação precoce e redução de riscos ambientais no lar. Por outro lado, existem evidências no sentido de que os programas onde se dá ênfase ao desenvolvimento da capacidade de pais e mães de família para discutir com seus filhos púberes e adolescentes os riscos associados à prática de relações sexuais sem proteção, são sumamente eficazes na geração de atitudes de compreensão do risco e de um comportamento de autoproteção (395).

Ainda que ainda seja necessário recopilar informação que demonstre, contundentemente, de que maneira a integração de programas voltados à família resulta em um uso mais eficiente dos serviços e em uma maior participação das pessoas como gestoras de sua própria saúde, a evidência preliminar indica que esta estratégia não só é aconselhável, mas absolutamente necessária para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e ampliar a cobertura dos serviços. Ao longo de sua vida, todo indivíduo se encontra associado a uma família e a algum tipo de comunidade, através dos vínculos de pertença. Portanto, a utilização destas estruturas sociais permite garantir a ampliação da cobertura, assim como uma maior eficiência nos serviços, além de uma maior participação da família e a comunidade. Outrossim, ao realizar de maneira contínua as ações dos programas e das iniciativas, são prevenidos o descuido e a marginalização que impactam as pessoas em certos momentos críticos da vida, sobretudo na adolescência e na velhice. Finalmente, este tipo de programas favorece a contribuição dos idosos ao bem-estar de seus filhos e de seus netos (396).

SAÚDE DA CRIANÇA

Mortalidade infantil e de menores de 5 anos

Na América Latina e Caribe anualmente nascem cerca de 12 milhões de crianças; calcula-se que, destas, cerca de 400.000 mo-

rrem antes de completar os 5 anos de idade, 270.000 falecem antes do primeiro ano e, destas últimas, 180.000 falecem no primeiro mês de vida (397). Esta perda contínua de vidas se deve, sobretudo, a causas que podem ser prevenidas ou tratadas caso sejam detectadas a tempo, como são a desnutrição e uma grande parte das doenças infecciosas e respiratórias que, em conjunto, ocasionam pelo menos 1 de cada 4 mortes de menores de 5 anos. Entre 1990 e 2003, a média regional da mortalidade infantil diminuiu de 43 para 25 por 1.000 nascidos vivos (398).

Entretanto, apesar dessa diminuição e de certo progresso alcançado, em muitos países latino-americanos e do Caribe a elevada taxa de mortalidade entre os recém-nascidos não foi reduzida de acordo com o previsto. Assim, entre 1989 e 1998 a taxa de mortalidade infantil na Bolívia caiu 29% enquanto que a mortalidade neonatal diminuiu apenas 7% (397).

O baixo peso ao nascer, a asfixia e a sepse representam cerca de 40% das mortes por causas perineonatais e, em conjunto, ocasionam cerca de 80.000 óbitos anuais. A maioria destas mortes poderia ser evitada melhorando o cuidado e o atendimento durante a gravidez, e garantindo uma adequada atendimento do parto e do recém-nascido. Uma proporção variável das mortes devidas a problemas durante a gravidez e o parto também poderia ser evitada se as mulheres chegassem à idade fecunda em melhores condições de saúde (particularmente no que se refere ao estado nutricional e à ausência de doenças), se recebessem cuidados pré-natais apropriados e contassem com serviços qualificados no atendimento do parto (399).

As taxas de desnutrição infantil segundo o peso para a idade, o peso para a altura e a altura para a idade diminuíram, ainda que persistam elevadas taxas de déficit de micronutrientes naqueles países com as taxas de mortalidade infantil mais altas. O déficit de altura para a idade reflete desnutrição crônica, a forma mais freqüente de desnutrição nas Américas, com uma média regional de 16% em 2003 (400); a referida cifra oculta a realidade de alguns lugares no interior dos países. O baixo peso para a idade em meninos e meninas menores de 5 anos ascende, em média, a 7% (400). Apesar de ter sido publicada informação acerca do impacto da lactação materna exclusiva durante os primeiros 6 meses de vida sobre a morbidade e mortalidade infantil (401), em 21 países da Região apenas 29% dos infantes se beneficiam da referida prática (402).

Pobreza e iniquidade

A pobreza continua sendo o principal obstáculo para obter uma boa saúde, um desenvolvimento adequado e qualidade de vida na infância. Em 2004, na América Latina 36,7% da população urbana e 58,1% da rural eram pobres, e 45% viviam em condições de extrema pobreza, dos quais 55% eram crianças (400). Em geral as famílias pobres têm mais filhos, os quais crescem em meios adversos. Em 2000 foi calculado que 36% do total de crianças menores de 2 anos de idade residentes na América

Latina estavam em situação de alto risco alimentar; nas zonas rurais a proporção ascendeu a 46%, devido à precariedade das condições sanitárias e às maiores dificuldades da população para acessar os serviços públicos de saúde (400).

Em 2002, apenas 69% da população rural da América Latina tinha acesso à água potável e 44% à saneamento básico. Cerca de 30% das crianças menores de 6 anos de idade residiam em moradias sem acesso a redes de água potável e, portanto, em condições de alto risco sanitário associadas à qualidade da água utilizada nas tarefas domésticas e na preparação dos alimentos. Por outro lado, 40% dessas crianças corriam um alto risco de contrair doenças, pela ausência de sistemas de eliminação de excretas e pela presença de dejetos nas proximidades da moradia (400).

Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) projetaram, em 1996, a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) para ajudar a reduzir a mortalidade e a morbidade infantis devidas a doenças facilmente preveníveis e favorecer, deste modo, o crescimento e desenvolvimento saudáveis em crianças menores de 5 anos de idade, especialmente dos grupos de população mais vulneráveis. O componente neonatal, que inclui a primeira semana de vida do recém-nascido, é formulado em datas recentes e é considerado crucial para reduzir ainda mais a mortalidade infantil (497). A OPAS promove a aplicação da AIDPI na Região das Américas; em 2001, 18 países onde se concentram 52% da população menor de 5 anos e onde ocorrem 75% das mortes anuais nessa faixa etária, haviam adotado a estratégia. A colocação em prática da AIDPI consta de três componentes fundamentais:

- *Componente clínico:* seu fim é aumentar a habilidade dos trabalhadores da saúde para manejar os casos; isto é obtido mediante a capacitação, supervisão e provisão de guias adaptadas localmente sobre atendimento integral de doenças infantis, e com atividades para promover o uso das guias como uma maneira de ampliar a cobertura de capacitação.
- *Componente dos sistemas de saúde:* destinado a melhorar os sistemas de saúde necessários para oferecer atendimento de qualidade.
- *Componente comunitário:* voltado a incorporar, com os atores sociais comunitários, práticas familiares e comunitárias que são chave para a sobrevivência infantil, assim como para obter o saudável crescimento e desenvolvimento das crianças.

Por meio do componente clínico, a AIDPI aborda a avaliação, classificação e tratamento dos problemas de saúde mais frequentes, incluídos os aspectos de detecção e tratamento, assim como os de prevenção de doenças e promoção da saúde. Deste modo, a

“Apesar da verdadeira magnitude das doenças de transmissão sexual continuar sendo desconhecida nas Américas, foi obtido um avanço considerável ao fomentar uma nova consciência sobre sua gravidade.”

Héctor R. Acuña, 1982

AIDPI incorpora de maneira integral a avaliação e o tratamento, tanto do motivo principal da consulta como do estado de saúde da criança; para realizar o anterior, são buscados sinais e sintomas de outras doenças e problemas, levando em conta o perfil epidemiológico de cada lugar (403). O componente comunitário propõe a mobilização comunitária e a participação social a partir de uma análise da realidade local, e compromete os atores a fomentar boas práticas em matéria de saúde na família e na comunidade; isto é, promove comportamentos essenciais para prevenir doenças, melhorar o desenvolvimento físico e mental da criança, o atendimento adequado no lar e a busca de ajuda médica fora do lar (404).

A AIDPI também incorpora a avaliação sistemática da situação nutricional da criança, da alimentação que recebe e do esquema de vacinação. Desta maneira, também contribui para detectar precocemente transtornos nutricionais ou problemas de alimentação, com os quais se previne a desnutrição ou o crescimento inadequado. Finalmente, a aplicação da estratégia AIDPI também inclui conteúdos básicos sobre o cuidado e o atendimento da criança no lar, mediante o fortalecimento do papel do pessoal de saúde para informar e educar os pais, a fim de melhorar seus conhecimentos e práticas em relação à saúde de seus filhos.

Em 2004, uma equipe da OMS realizou no Peru uma ampla avaliação nacional das atividades correspondentes aos componentes clínico e comunitário da AIDPI. Selecionou-se esse país devido à alta cobertura da intervenção, já que todos os departamentos foram capacitados na estratégia (405). Em Chao, Peru, os benefícios percebidos pelos atores sociais e as mães consistiram em: 1) um melhor conhecimento das famílias acerca das práticas familiares chave, e 2) a modificação no comportamento das famílias, em particular naqueles aspectos relacionados à higiene no lar, à lavagem das mãos, ao cuidado da criança com diarreia, à identificação de sinais de perigo e à busca de ajuda médica (406).

O desenvolvimento infantil no marco dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

A meta específica acordada pelos países sobre a mortalidade infantil estabelece que, para o final de 2015, esta terá sido reduzida em duas terças partes em relação à cifra de 1990 (ODM 4). As estimativas para a Região das Américas mostram que o cumprimento do ODM 4 requererá acelerar a tendência à diminuição

da mortalidade dos menores de 5 anos, cuja redução durante a década de 1990 foi, em média, de quase 2,4% anual. Para que em 2015 a mortalidade chegue a um terço dessa taxa, o ritmo de diminuição da mortalidade dos menores de 5 anos deverá elevar-se a mais do que o dobro, a fim de alcançar 5,6% anuais. Caso se alcance essa meta, o número de óbitos anuais dos menores de 5 anos se situaria em cerca de 250.000, menos da metade dos que, segundo os cálculos, ocorreram em 2000, e um terço do número estimado para 1990.

A avaliação do impacto da aplicação da estratégia AIDPI demonstrou que foi melhorada a taxa de diminuição de casos de diarreia, passando de 29% anual em 1975, para 50% anual em 2000. As doenças respiratórias, cuja redução anual era de 33%, chegaram a ter uma diminuição anual de 50%. O expõe a estratégia AIDPI tem um grande potencial para reduzir a carga da doença por essas afecções quando é aplicada, de forma ampliada, nos programas nacionais, regionais e internacionais (404).

SAÚDE DOS ADOLESCENTES E JOVENS

A Declaração do Milênio no ano 2000 reafirmou os Compromissos de igualdade, equidade e respeito, que incluem adolescentes e jovens. Outrossim, a Sessão Especial sobre o HIV/AIDS, da Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (UNGASS, por sua sigla em inglês) instou a diminuir a prevalência do HIV entre a população de 15 a 24 anos de idade (2001) (407, 408), e UNGASS da Infância (409) chamou a desenvolver e aplicar políticas e programas nacionais de saúde de adolescentes (2002). A maioria dos países da Região já cumpre esse último objetivo e o tema de adolescência e juventude está em sua agenda política.

Aspectos demográficos

Em 2006, a faixa de 10 a 24 anos de idade constituía 28% (161 milhões) da população total da América Latina e Caribe e a de 10 a 19 anos, 20% (410). Os jovens (de 10 a 24 anos) representam uma alta proporção da população total nos países mais pobres da Região, como Haiti e Nicarágua, onde constituem 35% do total; na Guatemala, Honduras, Paraguai e República Dominicana, de 30% a 35% da população são jovens, comparado com 23% em Cuba, Porto Rico e Uruguai. Nos países do Caribe de fala inglesa, a proporção de adolescentes (de 10 a 19 anos de idade) por país só chegou a 11% em Bermuda, 13% em Aruba e 24% nas Ilhas Caimã e Granada (410).

O crescente número de população jovem exercerá pressão sobre os sistemas de educação, de saúde, trabalhistas, legais e de recreação.

As populações indígenas têm uma proporção maior de jovens. Por exemplo, no Panamá, os adolescentes constituem 24% da população indígena, comparado com 18% da população geral. Em 2000, os países com alta proporção de população jovem indígena foram: Bolívia (62%), Guatemala (48%), Equador (entre 25% e

40%), Belize (16%), Honduras (12%), Suriname (10%) e Guiana (6,3%) (411).

Na Região como um todo, a população jovem é a mais afetada pela pobreza, definida pelo de renda familiar (412). Assim, 41% dos jovens entre 15 e 29 anos de idade viviam na pobreza, e 15%, em pobreza extrema (413); na Bolívia, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Paraguai e Peru mais de 50% dos jovens vivem na pobreza. Entretanto, há grandes diferenças entre as zonas urbanas e rurais: em 2002, 1 de cada 3 jovens de residência urbana era pobre, em contraste com a metade em zonas rurais; além disso, a probabilidade de que os jovens do campo sejam pobres é 64% mais alta que a dos que vivem nas cidades da Região (413).

As mulheres e os indígenas adolescentes e jovens são os mais vulneráveis. Elas têm maior risco que os homens de sofrer violência sexual, casamento ou gravidez precoces, ou ambos, e de abandonar sua educação (414). As populações indígenas se encontram entre os grupos mais pobres e socialmente excluídos: de 75% a 85% vivem na pobreza (415). A isso são somados baixo nível e alta deserção escolar, empregos de baixa qualidade, baixas rendas, baixo nível de nutrição e saúde e acesso limitado a bens e serviços (416).

Os adolescentes e adultos jovens (entre 15 e 29 anos de idade) migram mais que as crianças e idosos (413), o que aumenta seus riscos de saúde, especialmente ao HIV e às infecções de transmissão sexual. A etapa de maior fluxo migratório está entre os 17 e os 22 anos de idade (417), com aumento da vulnerabilidade social e maiores desvantagens relacionadas à educação, à inserção trabalhista, ao idioma e à proteção legal (413). Um dos principais tipos de migração é para as zonas urbanas. Em 2000 no México, 53% dos homens e 34% das mulheres entre 20 e 24 anos de idade se transferiram para zonas urbanas por razões de trabalho, e 23% das mulheres, por casamento ou união. Nesse mesmo ano, no Brasil, 73% dos residentes em zonas rurais entre 15 e 24 anos de idade foram para uma zona urbana (418).

Em 2004, a migração internacional de jovens entre países da América Latina e Caribe foi estimada em 17%. Existe uma concentração de imigrantes em países como Argentina, Costa Rica e Venezuela, na qual predominam as mulheres no serviço doméstico (413). Nesse mesmo ano, a taxa de emigração para os Estados Unidos foi de 9% a partir da Colômbia; 8,8% a partir de El Salvador; 7,7% a partir da República Dominicana, e 5,5% a partir do México; a média de idade destes imigrantes foi de 25,6 anos (419).

Educação

No período 2001–2005, houve avanços em todos os níveis da educação nos países da América Latina (412). A grande maioria dos países obteve uma cobertura universal de educação primária e um equilíbrio entre homens e mulheres. Não obstante, apenas 39,8% dos jovens termina a educação secundária, em comparação com 85% de seus congêneres dos países membros da Or-

ganização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômicos; além disso, esta proporção só atingiu 12% nos países mais pobres da Região. Em relação à educação superior, apenas 6,5% da população em idade universitária se graduam e nos países mais pobres, 0,9% (413).

Na Região persistem as diferenças por situação socioeconômica e residência urbana ou rural: em 2000, 48% dos jovens do quintil mais pobre conseguiu completar o primário e 12% do mesmo grupo, o secundário. Entretanto, no quintil de maiores recursos, essas porcentagens foram de 80% e 58%, respectivamente (420). O abandono escolar no primário foi o dobro na zonas rurais (54%) que nas urbanas (22%) (413). A juventude indígena sofreu estas exclusões com maior intensidade. Por exemplo, na Guatemala, a taxa de repetência no primário entre alunos indígenas foi de 90%, e na Bolívia a probabilidade de repetir é o dobro entre a infância de língua indígena que entre a de fala hispânica (420). Em 2001, os adolescentes indígenas no Panamá apresentaram maior abandono escolar e tiveram menos acesso à educação secundária e superior (421). O acesso à educação segundo sexo é bastante homogêneo, e são observados melhores êxitos entre as mulheres que entre os homens, especialmente nos países do Caribe de fala inglesa. Esta nivelção por sexo não é observada em países como Bolívia, Guatemala e Peru (407).

A educação é uma variável chave associada a menores taxas de gravidez, redução das infecções de transmissão sexual e à infecção por HIV, melhor saúde física e mental, e menor probabilidade de abuso de substâncias, de exclusão social e de violência. A melhoria no acesso e qualidade da educação secundária será chave para ter resultados positivos em saúde.

Emprego

A situação trabalhista da população jovem é caracterizada por sua instabilidade, baixa remuneração e escassa cobertura de previdência social (412). Para 2005, as porcentagens de população economicamente ativa entre 15 e 19 anos variaram de 55% no Brasil a 42,5% na Guatemala e 14% em Porto Rico (410), com uma média de 54,2% para a Região (63,8% para os homens e 44,5% para as mulheres) (422). Desde 1995, a taxa de emprego na faixa de 15 a 19 anos diminuiu 6,6% nos homens e aumentou 2,2% nas mulheres (422).

A taxa de desemprego entre os jovens da Região é de 16,6%, 2,8 vezes maior que a dos adultos (422). Estima-se que de cada 100 novos contratos trabalhistas na Região, 93 eram para adultos e apenas 7 para jovens (em sua maioria, de tempo parcial) (420). A respeito do emprego, são observadas claras desigualdades por socioeconômico; a média regional de desemprego entre jovens do quintil mais alto foi 8,7%, proporção que sobe para 28,1% entre o quintil mais pobre (412). Junto ao desemprego, foi observado nos jovens um crescimento dos empregos de baixa remuneração, entre eles: vendedores ambulantes, emprego doméstico e outros trabalhos na economia informal. Entre os jovens de 15 a

19 anos de idade com ocupação, estes empregos representavam 69% do total e 49% dos da população ocupada entre 20 e 24 anos de idade (420). Em 2000, no Haiti, havia 25.000 empregadas domésticas, das quais 75% tinham entre 7 e 14 anos de idade e 85% provinham da área rural (423). Estimou-se que na América Latina e Caribe 21% dos jovens entre 15 e 24 anos de idade, concentrados nos estratos mais pobres, não estudava nem trabalhava (424).

Estrutura e dinâmica familiar

A estrutura e a dinâmica familiar são elementos fundamentais do desenvolvimento saudável das e dos adolescentes, e uma relação nutritiva entre os integrantes da família é um fator de proteção contra o início precoce de relações sexuais, o abuso de substâncias e a depressão (425). A porcentagem de famílias com ambos os pais e com a mãe dedicada ao lar baixou de 46% em 1990 para 36% em 2002; conseqüentemente, a porcentagem de famílias com ambos os pais presentes e mãe trabalhadora aumentou de 27% em 1990 para 33% em 2002 (426). Segundo os dados desse último ano, 26% dos lares urbanos tinha chefe de família feminina, porcentagem que variou de 21,4% no México e Equador, a 35,3% em El Salvador (427). Entre 1990 e 2002 a porcentagem de famílias nas quais a mãe era a chefe de família e não havia pai presente aumentou de 13% para 16% (426). A permanência de jovens com suas famílias de origem vai diminuindo conforme aumenta a idade. No Chile, por exemplo, 98,6% dos adolescentes entre 15 e 19 anos de idade viviam com seus pais, comparado com 68,4% dos jovens de 25 a 29 anos (413). Não obstante, este último dado aponta para um fenômeno de prolongação da permanência na família de origem, que por sua vez representa a dificuldade dos jovens para se tornarem independentes (428).

Os jovens que vivem em condições de pobreza, com baixa educação e sem oportunidades de trabalho são mais vulneráveis às conseqüências negativas em sua saúde e desenvolvimento, e são quem de mais apoio e proteção necessitam, com um enfoque de direitos humanos, gênero e equidade.

Mortalidade e morbidade

Na Região, em 2003, a taxa de mortalidade na faixa entre 15 e 24 anos de idade foi de aproximadamente 130 por 100.000 habitantes (429); as taxas mais baixas (<100 por 100.000) corresponderam à Argentina, Barbados, Bermuda, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, Estados Unidos, Paraguai e Uruguai. Os países com taxas maiores que 200 por 100.000 foram Colômbia, Haiti, Honduras e Peru (429). A taxa de mortalidade em adolescentes e jovens foi mais alta nos homens e entre os 15 e os 24 anos de idade. A brecha de mortalidade por sexo aumentou, exceto na Colômbia, Cuba e El Salvador (413).

O quadro 32 mostra a distribuição da mortalidade, por causa, em homens e mulheres da faixa etária de 15 a 24 anos, de países

QUADRO 32. Distribuição percentual da mortalidade em jovens de 15 a 24 anos, por sexo e grandes grupos de causas, países selecionados, América Latina e Caribe, em torno de 2000.^a

País	Sexo	Doenças transmissíveis		Doenças não-transmissíveis		Gravidez, parto e puerpério	Causas externas			
		Todas	HIV/AIDS	Tumores	Sistema circulatório		Todas	Homicídios	Suicídios	
América Latina e Caribe (14 países)	Fem.	13,3	2,9	9,9	9,1	7,9	37,6	9,4	5,7	
	Masc.	6,3	1,9	4,9	3,8	—	76,8	36,3	4,6	
Argentina (1997)	Fem.	12,8	4,0	13,2	8,8	4,8	41,0	2,7	6,9	
	Masc.	6,9	3,2	7,0	5,3	—	72,0	10,2	6,5	
Brasil (1998)	Fem.	14,6	3,7	8,9	10,6	7,9	37,7	11,2	3,7	
	Masc.	6,4	1,9	4,0	4,4	—	78,3	42,0	3,1	
Chile (1999)	Fem.	9,1	0,5	18,4	5,5	3,3	39,8	1,9	8,0	
	Masc.	4,2	1,4	9,6	2,1	—	73,6	6,9	11,3	
Colômbia (1998)	Fem.	9,1	1,4	8,2	7,4	10,0	51,1	20,9	9,5	
	Masc.	3,0	0,8	3,0	2,1	—	89,5	62,5	4,2	
Costa Rica (2001)	Fem.	5,5	0,0	20,6	9,9	3,2	28,8	9,3	7,0	
	Masc.	2,4	0,5	9,7	3,2	—	73,0	12,7	8,5	
Equador (2000)	Fem.	16,9	0,6	9,8	11,1	8,7	30,0	4,8	7,7	
	Masc.	11,8	1,5	4,9	7,6	—	64,6	24,8	5,8	
El Salvador (1999)	Fem.	10,9	1,6	8,3	8,9	2,1	43,5	10,6	20,0	
	Masc.	7,7	2,4	2,7	3,3	—	75,5	46,1	7,1	
México (2000)	Fem.	10,0	1,9	12,1	7,2	8,9	31,9	5,8	4,7	
	Masc.	6,2	2,5	7,2	3,6	—	69,5	18,1	7,0	
Nicarágua (2000)	Fem.	11,5	1,1	6,6	5,6	12,8	41,4	5,5	22,9	
	Masc.	5,6	0,5	7,6	3,6	—	71,2	17,9	16,8	
Panamá (2000)	Fem.	24,0	12,0	12,0	1,7	8,8	29,8	2,8	5,6	
	Masc.	10,0	5,8	5,7	2,1	—	69,8	26,8	6,6	
Peru (2000)	Fem.	21,5	2,1	9,4	8,1	6,4	28,8	1,2	3,3	
	Masc.	18,8	3,8	9,6	5,8	—	45,6	3,2	1,9	
República Dominicana (1998)	Fem.	25,7	14,9	7,3	12,8	6,6	27,4	3,8	2,6	
	Masc.	10,7	3,1	3,1	7,0	—	69,7	17,0	2,1	
Uruguai (2000)	Fem.	7,2	3,2	15,6	10,4	12,2	42,5	7,2	11,5	
	Masc.	5,4	2,0	6,8	3,4	—	73,9	9,8	19,0	
Venezuela (2000)	Fem.	8,5	1,5	11,3	8,2	7,8	43,5	10,1	4,4	
	Masc.	3,3	1,4	3,3	2,0	—	85,8	38,3	3,9	

^aEm porcentagens respeito do total de óbitos.

Fonte: Base de dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Estatísticas de Saúde das Américas, Edição 2003.

selecionados da Região. Em torno de 2000, as chamadas causas externas — que incluem acidentes, homicídios, suicídios e outras — foram as causas de morte mais freqüentes, seguidas das doenças transmissíveis, as não-transmissíveis e as complicações da gravidez, parto e puerpério. Na Colômbia, 62,5% dos homens da mencionada faixa etária morreram por homicídio; em El Salvador, 46,1%; no Brasil 42,0% e na Venezuela, 38,3%; (430). Durante o mesmo período, o suicídio foi a causa principal de mortalidade entre as mulheres dessa idade no Equador, El Salvador e Nicarágua; outrossim, figurou entre as cinco causas principais de mortalidade em outros 16 países.

As complicações da gravidez, parto e puerpério foram a principal causa de morte das mulheres entre 15 e 24 anos de idade no Haiti, Honduras e Paraguai; esta causa continua estando entre as cinco principais em 18 países da Região. No Haiti, durante o período 2001–2003, os óbitos associados a complicações da gravidez foram a primeira causa de morte entre as jovens de 15 a 24 anos de idade (429). No Caribe, a AIDS já aparece entre as primeiras cinco causas de morte nesta faixa etária, e na Jamaica foi uma das três primeiras na de 15 a 19 anos de idade, em 2005 (431).

Quanto à morbidade, as causas mais freqüentes de egressos hospitalares em mulheres entre 10 e 19 anos de idade foram obstétricas (27% e 31% dos egressos nos países do Caribe e América Central, respectivamente), seguidas de traumatismos e violência, e doenças do trato respiratório em ambos os sexos. Em Honduras, a infecção pelo HIV figura como a quarta causa de egressos hospitalares (430). A tuberculose continua sendo um problema na Região entre a população de 15 a 24 anos e afeta mais os homens (432); por exemplo, 60% dos casos de tuberculose no Peru foram detectados nessa faixa etária, 40% no Equador, 30% na Argentina e Paraguai, e 7% no Uruguai.

Estima-se que 50% das mortes prematuras preveníveis do adulto podem ser atribuídas a fatores de risco adquiridos na adolescência, tais como o tabagismo, os hábitos nutricionais e a inatividade física. A obesidade entre os adolescentes está aumentando; a prevalência atual está entre 8% e 22% (433). 50% dos adolescentes obesos chegam à vida adulta ainda sofrendo deste problema e o maior risco relativo se observa em adolescentes obesos entre 10 e 15 anos de idade (433, 434). Nos Estados Unidos (2003), 12,7% das mulheres (12 a 19 anos de idade) tinha sobrepeso e 14,6% dos homens; entre adolescentes de origem latino-americana, a cifra alcançou 24,7% de mulheres e 19,9% de homens (435).

Saúde sexual e reprodutiva

O cumprimento dos ODM (409–412) está intimamente relacionado à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.

Início da atividade sexual

A maioria dos jovens se inicia sexualmente na adolescência, e em vários países da Região a idade de início se adiantou. Em

mulheres entre 15 e 24 anos de idade, em países selecionados da América Central, mais de 50% das meninas iniciaram suas relações sexuais na idade de 15 anos (436); esta porcentagem é mais alta ainda nas zonas rurais. No Brasil, em 2006, 36% dos homens e mulheres jovens entre 15 e 24 anos de idade assinalaram serem sexualmente ativos desde os 15 e 1 de cada 5 indicou que havia tido relações sexuais com mais de 10 parceiros no curso de sua vida (437). Na República Dominicana, 44% das adolescentes tiveram relações sexuais antes dos 15 anos de idade e 78% delas ficaram grávidas (438). No Peru, 62% das mulheres que haviam iniciado sua atividade sexual antes de completar 14 anos de idade o fizeram por coerção (407). Na Jamaica, 46% dos homens de 15 anos e 21% das mulheres da mesma idade são sexualmente ativos; aos 19 e 20 anos de idade, respectivamente, 90% dos jovens são sexualmente ativos (439).

Uso de métodos contraceptivos

Em 2002, a Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL) informou que 90% dos adolescentes da América Latina e Caribe indicaram conhecer pelo menos um método contraceptivo, exceto os da Bolívia (74%), Guatemala (68%) e Paraguai (89%) (416). No relatório de 2004 da CEPAL se indica que, das mulheres entre 15 e 24 anos de idade que haviam tido relações sexuais, 7% declararam haver usado contraceptivos em sua primeira relação sexual em Honduras, 7,3% na Guatemala, 17,8% em El Salvador e 23,6% no Paraguai (413). Na Jamaica, por meio de uma pesquisa se verificou que o uso de contraceptivos por mulheres jovens na primeira relação sexual havia aumentado de 42,7% em 1993 para 67,3% em 2002 e para os homens jovens, de 21,6% para 43% no mesmo período (440). Na mesma pesquisa, se verificou que a postergação das relações sexuais depois dos 18 anos de idade estava associada a uma maior probabilidade de usar contraceptivos na primeira relação sexual (77% comparado com 42% dos que não postergaram suas relações sexuais) (439). Para 2006, a necessidade insatisfeita de métodos contraceptivos entre mulheres jovens foi de 48% em Honduras, 38% na Guatemala e 36% na Nicarágua (440–442).

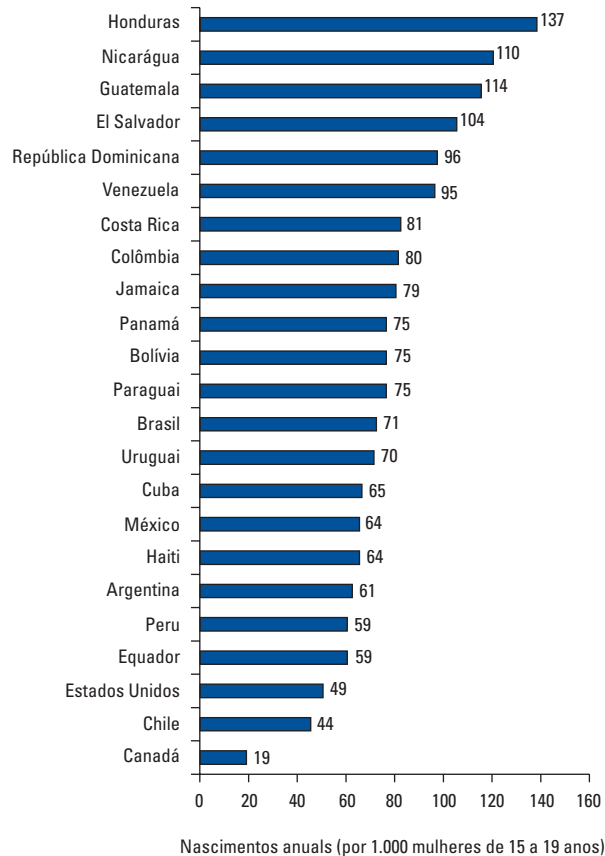
Os programas de acesso aos métodos contraceptivos de jovens deverão ser uma prioridade dos países da Região, a fim de diminuir o número dos filhos não desejados e prevenir as mortes por aborto.

Gravidez

A metade dos países da Região apresentam taxas de fecundidade em adolescentes acima de 72 por 1.000 nascidos vivos. As taxas mais altas corresponderam a Honduras (137), Nicarágua (119), Guatemala (114), El Salvador (104) e República Dominicana (96) (440–442). A figura 33 mostra as taxas de fecundidade em mulheres de 15 a 19 anos de idade para o período 2000–2005.

Em 2001, aproximadamente 33% das mulheres nicaraguenses entre 20 e 24 anos de idade haviam tido um filho antes de completar 18 anos, e quase a metade delas os tiveram antes de com-

FIGURA 33. Taxa de fecundidade específica de 15 a 19 anos, países selecionados, Região das Américas, 2000–2005.



pletar 20 anos de idade. Na Guatemala e Honduras essa proporção foi de 44% e 50% das mulheres, respectivamente (440–442).

As adolescentes contribuem com 15% da carga da doença por afecções maternas e com 13% de todas as mortes maternas (443). Segundo um estudo realizado em 2005 em El Salvador, 52% das mortes maternas ocorreram em jovens entre 15 e 24 anos de idade (444). As adolescentes apresentam maior risco de ter resultados adversos da gravidez, tais como hemorragia pós-parto, endometrite puerperal, crianças de baixo peso ao nascer para a idade gestacional e parto prematuro. As mães menores de 20 anos de idade, comparadas com as de 20 a 24 anos, apresentaram o dobro de probabilidade de ter eclampsia e episiotomias, e maior probabilidade de ter parto por fórceps e de sofrer hemorragias pós-parto (445). Este mesmo estudo mostrou que as menores de 15 anos de idade tinham risco de morte materna quatro vezes mais alto que as de 20 a 24 anos (445, 446).

Estima-se que 40% das gravidezes não são planejadas e são consequência de não usar métodos contraceptivos, de usar métodos inadequados ou de falhas ao utilizá-lo. Os dados disponíveis indicam que não são planejados 45% dos nascimentos pro-

venientes de mães entre 15 e 19 anos de idade na Nicarágua (440), 40% em Honduras (441) e 29% na Guatemala (442); estas jovens também têm menos probabilidades de receber atendimento pré-natal e profissional do parto.

Nos países em desenvolvimento, se estima que 1 de cada 270 mulheres que fazem um aborto tem risco de morrer; 15% de todos os abortos inseguros correspondem a mulheres entre 15 e 19 anos de idade e 29%, a mulheres entre 20 e 24 anos. O aborto é responsável por 13% de todas as mortes relacionadas à gravidez (447).

A prevenção da gravidez em adolescentes jovens é chave para o êxito dos ODM e para reduzir a transmissão intergeracional da pobreza.

HIV/AIDS e infecções de transmissão sexual

Em 2004, estimou-se que 1,6% das mulheres (média obtida entre a estimativa mais baixa [EB] de 0,9%, e a mais alta [EA] de 2,3%) e 0,7% dos homens (EB 0,4%–EA 1,5%) entre 15 e 24 anos de idade estavam infectados pelo HIV no Caribe. Na América Latina, as cifras foram 0,3% (EB 0,2%–EA 0,8%) nas mulheres e 0,5% (EB 0,4%–EA 1,5%) nos homens (437). Em Trinidad e Tobago, as mulheres entre 15 e 19 anos de idade tinham uma probabilidade seis vezes maior de ter a infecção pelo HIV que os homens de sua mesma idade; esta relação foi de 2,5 na Jamaica. A mortalidade por AIDS nos jovens latino-americanos foi de 2,9 por 100.000. Entre as mulheres de 15 a 24 anos de idade foi a primeira causa de morte em Belize, Guiana e Trinidad e Tobago. Em geral, as taxas estimadas de mortalidade por AIDS entre 2001 e 2003 na América Latina foram mais altas em homens que em mulheres. Entretanto, em El Salvador, Paraguai, Porto Rico e República Dominicana as taxas foram mais altas entre as mulheres de 15 a 24 anos de idade que entre os homens da mesma idade (437).

A feminização e juvenilização da epidemia tornam necessário aumentar os esforços de prevenção nestas faixas etárias.

As infecções de transmissão sexual afetam 1 de cada 20 adolescentes anualmente; as mais freqüentes são clamidíase, gonorréia, sífilis e tricomoníase. Quando estas infecções afetam as adolescentes grávidas, aumenta o risco de que tenham filhos prematuros e de baixo peso ao nascer; além disso, se estas infecções não são tratadas, a longo prazo aumentam o risco de infertilidade (causam a metade dos casos), câncer e infecção pelo HIV (407).

Violência

No mundo, as taxas de violência mais altas nos jovens são registradas na África e América Latina. Há estudos que revelam que por cada homicídio de um jovem, há cerca de 20 a 40 vítimas não mortais da mesma idade que requerem atendimento hospitalar (448). Na Colômbia e Peru, 6 de cada 10 adolescentes referem mau-trato psicológico e físico no lar (449). Na Colômbia, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2005, 44%

das mulheres que indicaram haver sofrido alguma vez mau-trato físico por parte de seu cônjuge tinham entre 15 e 29 anos de idade. Na América Central, entre 3% (Honduras) e 10% (Costa Rica) dos homens de 15 a 44 anos de idade pesquisados referiram haver sofrido abuso sexual, e entre 30% e 46% indicaram que este ocorreu quando tinham entre 10 e 13 anos de idade (450). Outra causa de violência é a participação em galeras ou turmas, nas quais atualmente se estima que há entre 30.000 e 285.000 membros na América Central, maiormente em El Salvador, Guatemala e Honduras, e se estima que há uns 50.000 jovens mais simpatizantes com estes grupos (451).

Uso de substâncias

Em uma pesquisa realizada em sete países da Região pela Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas, da Organização dos Estados Americanos (CICAD-OEA), se determinou que aproximadamente 10% dos adolescentes escolares entre 13 e 17 anos de idade haviam consumido alguma vez em sua vida drogas ilícitas (452). O consumo de drogas informado para o último mês antes da pesquisa variou de 1% em El Salvador e República Dominicana a 4% no Uruguai e 8% no Paraguai (452). Aproximadamente 40% dos estudantes entrevistados indicaram que era fácil conseguir drogas em seu país, e 1 de cada 4 declarou que lhe haviam oferecido alguma droga ilícita alguma vez em sua vida (452). No Brasil, a taxa de dependência de maconha entre adolescentes atingiu 6,9%, enquanto que para inaláveis foi de 5,8% (433).

O consumo de tabaco no último mês antes da pesquisa entre mulheres e homens adolescentes (13 a 18 anos) entrevistados oscilou entre 9,7% em homens venezuelanos e 37,0% em mulheres uruguaias (452). Nos países da América Latina e Caribe, a exposição dos adolescentes (14 a 17 anos de idade) à publicidade do tabaco é extremamente alta: atingiu mais de 90% na Argentina, Bolívia, Costa Rica, México e Uruguai. Neste último país, 35% dos estudantes de um e outro sexo entre os 11 e 15 anos de idade mencionaram haver provado já seu primeiro cigarro, e 21,6% dos adolescentes recebeu uma oferta gratuita de cigarros de uma companhia tabaqueira entre 1999–2001. Na Argentina, 35% dos adolescentes entre 12 e 15 anos de idade informaram haver consumido tabaco nos últimos 30 dias. A Argentina é o país com a porcentagem mundial mais alta de adolescentes expostos ao fumo de tabaco nos espaços públicos (86,7%). Ironicamente, 70,4% dos adolescentes argentinos pensam que deveria ser proibido fumar nos lugares públicos, uma porcentagem que corresponde quase com exatidão ao número de adolescentes não fumantes nesse país (433).

Diversos estudos indicam que a ingestão de álcool no Brasil, Chile, Costa Rica e México aumentou, especialmente em mulheres jovens (433). O estudo da Saúde de Adolescentes no Caribe verificou que 40% das mulheres e 50% de homens entre 12 e 18 anos de idade havia tomado álcool e 1 de cada 10 jovens entre 16

e 18 anos de idade havia consumido quatro ou mais bebidas alcoólicas de uma vez. No Brasil, 25% das pessoas entre 6 e 18 anos de idade que passavam todo o dia na rua tomavam álcool regularmente (433).

A OPAS apóia os países da Região na melhoria da saúde e o desenvolvimento de adolescentes e jovens, mediante um enfoque de desenvolvimento juvenil, direitos, gênero e equidade. As condutas de risco estão inter-relacionadas e a Organização recomenda a estratégia Integração do Manejo de Adolescentes e suas Necessidades (IMAN, por sua sigla em inglês), que integra os esforços dos países quanto a atendimento primário, fundamentalmente no primeiro de atendimento, e se foca no setor saúde, ainda que se articule com os outros setores.

A estratégia IMAN busca integrar a promoção, a prevenção e o tratamento mediante os seguintes componentes: 1) contribuir para melhorar os sistemas de informação, a fim de obtê-la separada por idades (10–14, 15–19 e 20–24), por sexo e por etnia; 2) apoiar a formulação de políticas para a juventude, incluindo as políticas de saúde, e 3) cooperar com os países em serviços de qualidade e cobertura universal para adolescentes e jovens. Também coadjuva na formação de recursos humanos para trabalhar nas necessidades e problemas de saúde prevalentes. O componente familiar e comunitário busca promover intervenções que fortaleçam as famílias com filhos adolescentes; trabalhar o tema de gênero, mediante a capacitação das adolescentes e a busca de uma masculinidade mais equitativa, e articular mais a participação juvenil. As alianças estratégicas com as organizações das Nações Unidas, o Organismo Sueco de Desenvolvimento Internacional, e o Organismo Norueguês de Desenvolvimento Internacional, contribuíram para a sinergia dos impactos. Os desafios são múltiplos, incluindo melhorar nos países a capacidade instalada de acompanhamento e avaliação de programas, realizar intervenções baseadas em evidências, gerar dados probatórios em temas chave e mobilizar recursos nos âmbitos nacional e regional.

A iniciativa interprogramática de fomento do desenvolvimento juvenil e prevenção da violência executada pela OPAS e o Organismo Alemão para a Cooperação Técnica e financiada pelo governo alemão é um exemplo do descrito. Por meio desta iniciativa se gerou informação fidedigna no tema e se realizaram cursos presenciais e a distancia pela Internet, e se contribuiu para o marco conceitual e para o tema de monitoramento e avaliação de impacto de experiências.

SAÚDE DOS IDOSOS

O envelhecimento da população varia significativamente entre as sub-regiões das Américas. Na Bolívia há 17 pessoas de mais de 60 anos por cada 100 menores de 15 anos, enquanto que no Uruguai se encontram 70 idosos por cada 100 crianças, e no Canadá, 88 por cada 100, respectivamente. Entretanto, com exceção da Bolívia, Haiti, Guatemala, Honduras e Nicarágua, todos os países da Região terão pelo menos tantas pessoas de 60 anos ou mais

como crianças menores de 15 anos na metade deste século; em outros casos, como Cuba, Barbados e Porto Rico, haverá mais de 200 pessoas adultas maiores por cada 100 menores de 15 anos de idade (453).

Nos últimos 25 anos, a expectativa de vida ao nascer nas Américas aumentou em 7 anos e a média excede os 70 anos, com uma diferença média de sete anos entre a América do Norte e a América Latina e Caribe. Dos latino-americanos e caribenhos que nascem hoje, 78,6% viverão além dos 60 anos, e 4 de cada 10 ultrapassarão os 80 anos de idade. Os adultos maiores têm uma alta média de sobrevivência na Região: se na década de 1950 viviam 9,9 anos depois de completar 60 anos de idade, os dados de 2006 mostram que hoje vivem em média 20,5 anos depois dos 60, e 7,1 anos depois dos 80 anos de idade.

Diminuição da morte prematura antes dos 85 anos de idade

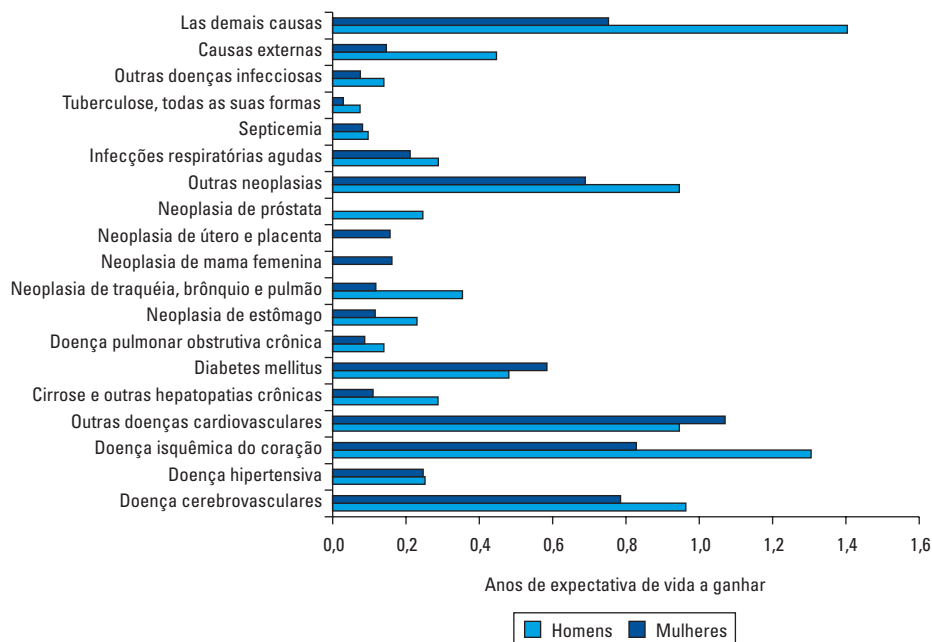
Os aumentos na longevidade a partir da década de 1940 se devem, essencialmente, à redução do número de casos de doenças infecciosas e aos resultados obtidos na diminuição da mortalidade infantil e em outras etapas precoces da vida. Desde a década de 1980, se verifica uma redução do risco absoluto de morrer próxima a 10% na população de 60 anos ou mais e, como consequência, um aumento médio de 1,5 anos na expectativa de vida na idade de 60 anos.

A análise da carga de mortalidade na população maior de 60 anos para determinar a brecha entre as idades de 60 e 85 anos (anos de vida perdidos ou anos de vida a ganhar) durante as últimas duas décadas do século passado, demonstrou que existem ainda entre seis e nove anos de vida potencialmente acumuláveis por redução da mortalidade nestas idades (figura 34). Portanto, um desafio importante para a saúde pública é reduzir a diferença entre a expectativa de vida observada no início do século XXI em pessoas de 60 anos ou mais, e uma expectativa de vida teórica de 85 anos (454).

As taxas de mortalidade padronizadas por causas específicas e a contribuição destas aos anos de expectativa de vida perdidos (AEVP) assinalam as prioridades para melhorar a expectativa de vida na Região. Entre as décadas de 1980 e 1990, a mortalidade por doenças infecciosas apresentou uma redução líquida de 16% entre os homens e 19% entre as mulheres de 60 anos ou mais. O risco de morrer por estas causas contribuiu em 0,5 AEVP, a metade, por infecções das vias respiratórias. Por exemplo, houve uma redução das mortes por tuberculose de mais de 50%. A taxa padronizada de mortalidade por doenças neoplásicas aumentou levemente nos homens (4%) e diminuiu nas mulheres (5%), com um aumento da mortalidade por câncer de próstata de 52% entre os primeiros e de câncer de pulmão (25%), estômago (34%), mama (15%) e útero (14%) nas últimas.

O câncer contribuiu com a perda de 1,7 anos de vida depois dos 60 anos de idade nos homens e 1,2 anos nas mulheres. Além

FIGURA 34. Anos de expectativa de vida a ganhar até a idade de 85 anos na população de 60 anos e mais por categoria de causa de morte, América Latina e Caribe, início da década de 1980 ao final da década de 1990.



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde; Washington, DC. A Carga de Mortalidade no Adulto, (DPM/GPP/PG e AD/THS/MH) 2003.

disso, se observou uma diminuição do risco de morrer por doenças cardiovasculares de 21% nos homens e 29% nas mulheres, apesar dessas doenças continuarem sendo as causas de maior contribuição de AEVP na população de 60 anos ou mais: 3,5 anos em homens e 2,9 em mulheres, com um maior peso específico das mortes associado à cardiopatia isquêmica. Também diminuiu o risco de morrer por causas externas (mulheres, 19% e homens, 16%). É interessante destacar que o suicídio é seis vezes mais freqüente entre os homens que entre as mulheres maiores na Região. O risco de morrer por outras causas aumentou, e destaca o aumento da mortalidade por diabetes mellitus em 57% nos homens e em 38% nas mulheres. Entre as últimas, esta doença contribui com mais AEVP (0,58) que a soma das contribuições negativas das causas infecciosas (0,39) e as externas (0,14); a diabetes em homens contribui com 0,48 AEVP.

Considerando o crescente envelhecimento da população que se documenta na América Latina e Caribe, os idosos encaram uma carga de mortalidade de peso e relevância também crescentes, tanto pelas mudanças nos perfis de risco de adoecer e morrer, como pelo impacto real e potencial da mortalidade sobre a expectativa de vida, e pelas desigualdades na qualidade e o acesso aos serviços de saúde. A eficiência das políticas sanitárias e o desempenho dos sistemas de saúde voltados à população adulta maior terão que ser avaliados em função da prioridade que se atribua à redução da morte prematura, e da eficácia de suas ações para aumentar os anos de vida sem deficiência depois dos 60 anos de idade.

Qualidade de vida

Existem na América Latina e Caribe quatro estudos de população sobre a saúde e o bem-estar das pessoas maiores: a Pesquisa Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE, 2000), realizada em sete cidades da América Latina e Caribe (455); o Estudo Nacional de Saúde e Envelhecimento no México (ENASEM, 2001 e 2003) (456); a pesquisa sobre Condições de Saúde dos Adultos de Idade Maior em Porto Rico (PREHCO, 2004–2006) (457), e o Estudo de Longevidade e Envelhecimento Saudável na Costa Rica (CRELES, 2004–2008) (458). Nos Estados Unidos (459) e no Canadá (460) existem estudos longitudinais e representativos da população que permitem estudar as tendências de saúde da população maior e avaliar políticas e programas de forma sistemática. Os resultados destes estudos melhoraram o conhecimento da situação de saúde e a caracterização epidemiológica da população de idade maior, principalmente em zonas urbanas e nos países mais desenvolvidos da Região. Entretanto, fazem falta estudos de saúde e bem-estar da população adulta maior que vive em zonas rurais e de idosos indígenas, a fim de identificar as desigualdades em saúde entre os diversos grupos desta população nas Américas.

Em todos os estudos disponíveis, a maioria das pessoas deste grupo populacional afirma haver tido um diagnóstico de hipertensão (48,7% em cidades selecionadas da América Latina e Caribe; 56,7% em Porto Rico; 37,2% no México; 51,9% nos Estados

Unidos e 32% no Canadá). Na pesquisa SABE, somente 61,3% das pessoas com diagnóstico de hipertensão informaram haver buscado um serviço ambulatorial nos últimos 12 meses; 72,2% tomaram algum medicamento para a hipertensão, mas 1 de cada 2 o teve que pagar total ou parcialmente; 65% informaram não ter boa saúde e 20,6% apresentaram sintomas de depressão. Outrossim, 1 de cada 5 pessoas com hipertensão disse ter pelo menos duas doenças crônicas.

A prevalência de diabetes mellitus está aumentando no mundo. No estudo PREHCO, essa prevalência em pessoas de 60 anos de idade ou mais em Porto Rico é de 28%, taxa similar à da Cidade do México e de Bridgetown, Barbados, onde 22% informaram haver recebido o diagnóstico de diabetes mellitus. As taxas de diabetes verificadas nos estudos SABE e PREHCO subestimam a verdadeira prevalência, já que correspondem a diagnósticos realizados por pessoal médico ou de enfermagem. Na Cidade do México se constatou, por meio da pesquisa SABE, que a taxa de prevalência de diabetes se duplica quando o entrevistador faz o teste de glicose em jejum em todos os entrevistados. É sabido que as complicações da diabetes podem ser graves e que o bom manejo da doença é fundamental. Outrossim, se sabe que a diabetes é uma das principais causas de cegueira entre os idosos. É alarmante notar que entre as pessoas de 60 a 74 anos de idade que nas pesquisas SABE e PREHCO informaram ter diabetes, pelo menos 60% e 58%, respectivamente, também disseram apresentar problemas da vista, com ou sem óculos, e 20% em SABE e 16% em PREHCO informaram ter dificuldades com pelo menos uma atividade básica da vida diária.

O fator de risco predominante para viver a velhice com deficiência é ser mulher. Na pesquisa SABE, 3 de cada 4 mulheres informaram ter pelo menos 1 de 3 condições que tendem a produzir deficiência: artrite, incontinência e má visão, das quais a última é, além disso, um fator contribuinte para as quedas, fraturas de quadril e depressão das pessoas maiores. Entretanto, o custo dos tratamentos oftalmológicos é superior ao que a maioria das pessoas maiores pode pagar. A dor crônica devida à artrite e o isolamento devido à incontinência urinária tendem a contribuir para a inatividade e a perda de função nesta faixa etária, ainda que haja provas de que o manejo apropriado destas afecções crônicas melhora a saúde e aumenta o número de anos de vida livres de deficiência. Entretanto, em sua maioria, os idosos na América Latina e Caribe não têm acesso aos tratamentos necessários para suas doenças crônicas, seja por falta de pessoal capacitado em geriatria ou por falta de acesso aos medicamentos.

Estratégia Regional de Implementação do Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento

A adoção do Plano de Ação Internacional de Madri para o Envelhecimento (PAIME) (461), em abril de 2002, marcou um momento histórico no tratamento do envelhecimento demográfico no mundo. Mais tarde, em novembro de 2003, a Comissão

Econômica para América Latina e Caribe, conjuntamente com os outros organismos do Grupo Interinstitucional sobre Envelhecimento — o Fundo de População das Nações Unidas, a OPAS, a Organização Internacional do Trabalho, o Banco Interamericano de Desenvolvimento, o Banco Mundial e o Programa sobre o Envelhecimento, das Nações Unidas — convocou a Conferência Regional Intergovernamental sobre o Envelhecimento, na qual se acordou a estratégia regional de implementação do PAIME para América Latina e Caribe. Os países da Região acordaram estabelecer, segundo suas circunstâncias particulares, metas específicas para o cumprimento dos objetivos contidos na Estratégia Regional e definir um mecanismo de acompanhamento para a avaliação das metas nacionais. Durante 2004–2005 se convocaram três reuniões intergovernamentais sub-regionais para promover a definição de metas nacionais.

O processo de estabelecer metas nacionais e determinar mecanismos de acompanhamento foi extremamente difícil e ainda não obtido. Sim, houve um avanço importante, já que todos os países da Região têm identificado um ponto focal para dar acompanhamento aos Compromissos do PAIME, ainda que apenas 8 dos 20 países da América Latina e 2 dos 22 países e territórios do Caribe tenham criado comissões nacionais multisetoriais com a responsabilidade de estabelecer metas para as três áreas prioritárias do PAIME: 1) as pessoas de idade e o desenvolvimento, 2) o fomento da saúde e o bem-estar na velhice e 3) a criação de um ambiente propício e favorável.

Compromisso regional para o fomento da saúde e do bem-estar na velhice

Segundo o PAIME, as pessoas maiores deveriam ter acesso a serviços de saúde integrais e adequados a suas necessidades, que garantam uma melhor qualidade de vida na velhice, assim como a preservação de sua funcionalidade e autonomia. Para alcançar esta meta, a Estratégia Regional estabelece quatro objetivos (462):

1. Promoção de uma cobertura universal das pessoas maiores nos serviços de saúde, incorporando o envelhecimento como componente essencial das legislações e políticas nacionais de saúde.
2. Estabelecimento de um serviço integral de saúde que responda às necessidades das pessoas adultas maiores, fortalecendo e reorientando para isso os serviços existentes e criando aqueles que forem necessários.
3. Promoção de condutas pessoais e ambientes saudáveis por meio de leis, políticas, programas e ações nacionais e comunitárias.
4. Criação de marcos legais e mecanismos adequados para a proteção dos direitos das pessoas maiores que utilizam os serviços de cuidado de longo prazo.

Em relação aos objetivos um e dois, a proteção social em saúde das pessoas adultas maiores na América Latina e o Caribe se faz

mediante três sistemas: o sistema público de livre acesso, a previdência social com esquema contributivo e com subsídio governamental, e os seguros privados. Em nenhum país da Região há garantias específicas de um serviço integral de saúde para as pessoas adultas maiores. Tampouco existem na maioria dos sistemas de prestações sanitárias normas e protocolos baseados na evidência para o atendimento de doenças crônicas e próprias da idade, e projetadas para os idosos. Em relação ao objetivo três, apesar da disseminação global por parte da OMS do conceito de “envelhecimento ativo” (463), aqueles países que elaboraram planos nacionais de promoção de saúde omitem metas específicas para a mudança de condutas pessoais dos sujeitos de 60 anos ou mais. Em resposta ao objetivo quatro, os países obtiveram avanços importantes no desenvolvimento de marcos legais para a proteção dos direitos das pessoas maiores, ainda que não tenham sido elaborados programas e protocolos de monitoramento dos direitos daqueles que utilizam os serviços de cuidado de longo prazo.

Estratégias de cooperação técnica

A OPAS promove as seguintes estratégias para a melhoria do acesso e qualidade dos serviços de saúde para as pessoas adultas maiores:

1. Elaborar, definir e promover as estratégias de medicina preventiva e manejo de doenças específicas para as pessoas adultas maiores como parte do fortalecimento do atendimento primário em todos os países da Região.
2. Definir, em colaboração com os países da Região, indicadores de qualidade e acesso aos serviços de saúde, que sirvam para medir os avanços no cumprimento da estratégia Regional para a implementação do PAIME.
3. Colaborar com os programas de formação de recursos humanos e com a Academia Latino-americana de Medicina de Idosos (ALMA) na colocação em prática de programas de capacitação para o pessoal de saúde no manejo da saúde dos idosos.
4. Desenvolver normas e protocolos de acompanhamento para assegurar a proteção dos direitos humanos das pessoas que utilizam os serviços de atendimento de longo prazo.

SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

A análise da situação da população com deficiência na Região continua sendo complexa, entre outros fatores pela dispersão dos dados, a falta de padronização de uma linguagem técnica que abarque a diversidade do problema, e a falta de um enfoque intersectorial para abordar a situação. O atendimento às pessoas com deficiência é um dos desafios mais importantes para o setor saúde e a sociedade em geral no século XXI. Este atendimento deve ter como propósito a prevenção e reabilitação da deficiência; a melhoria da qualidade de vida e a promoção de uma vida

QUADRO 33. Prevalência (%) de deficiência em países selecionados, segundo fonte da informação, América Latina, 2000–2006.

Países	Censos ^a (2000)	Pesquisas de lares (2003)	Estudos de prevalência (usando CIF) 2002–2006	Outros
Argentina			7,1 ^d	
Brasil	14,4			
Chile	2,2	5,3	12,9	
Cuba ^b				3,2
Colômbia	6,4			
Costa Rica	5,3			
Equador	4,6		12,1	
El Salvador		1,5		
Honduras	2,6			
México	1,8			
Nicarágua			10,3	
Panamá	1,8		11,6	
Paraguai	1,1			
República Dominicana	4,7			
Uruguai		7,6		
Venezuela	3,9			

^aDeficiência moderada ou severa.

^bDeficiência severa, não inclui área mental.

^cUsou a CIF (Classificação Internacional do Funcionamento, da Deficiência e da Saúde) como base técnica.

^dNão CIF.

Fonte: Documento técnico CD47715 “A deficiência: prevenção e reabilitação no contexto do direito ao desfrute do mais alto possível de saúde física e mental e outros direitos relacionados.”

independente das pessoas com deficiência, e a integração e inclusão social dos deficientes com equiparação de oportunidades e respeito de seus direitos e dignidade. Para conseguir o anterior, é indispensável que o trabalho seja realizado em um marco intersetorial, interdisciplinar e com participação ativa da comunidade (464). Na Classificação Internacional do Funcionamento, da Deficiência e da Saúde, se menciona que a deficiência (465):

[...] é um termo genérico, que inclui deficiências nas funções e nas estruturas corporais, limitações na atividade (capacidade) e restrições na participação (desempenho). Indica os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma “condição de saúde”) e seus fatores contextuais (ambientais e pessoais). Neste enfoque, deficiência é o resultado da interação do funcionamento de uma pessoa e o ambiente, sempre relacionado a uma condição de saúde.

A deficiência é um fenômeno multidimensional e multifatorial, onde a pobreza tem um papel importante porque a pode gerar ou perpetuar. Nas Américas foram encontradas cifras de prevalência de deficiência muito variadas; isto obedece à diversidade de métodos empregados para medi-la e à ausência de padronização e homologação de critérios técnicos para definir o conceito de deficiência. Para indagar a magnitude do problema alguns países utilizaram os censos de população realizados perto do ano 2000; os dados mostram cifras muito variadas: 14,4% no Brasil; 5,3% na Costa Rica; 6,4% na Colômbia; 2,6% em Honduras; 1,8% no México e Panamá; 1,1% no Paraguai; 4,7% na Re-

pública Dominicana e 3,9% na Venezuela. Na maioria dos casos, estas cifras representam apenas as deficiências mais graves ou permanentes. Outros países utilizaram pesquisas de prevalência específicas, como o caso da Argentina, ou pesquisas de lares, Uruguai, onde se obtiveram taxas de 7,1% e 7,6%, respectivamente.

Utilizando a Classificação Internacional do Funcionamento, da Deficiência e da Saúde (CIF), entre 2003 e 2005 se realizaram estudos nacionais no Chile, Equador, Nicarágua e Panamá, e mais recentemente na Colômbia, por meio do módulo de Deficiência do Censo de População (466, 467) (quadro 33). A seguir se descrevem alguns resultados dessas pesquisas.

Na Nicarágua, a prevalência nacional de deficiência foi de 10,3%; do total, 56% dos casos eram mulheres e 60% residiam em zonas urbanas. A faixa etária mais afetada foi a de 20 a 59 anos, que representa 47%, e do total de deficientes, 45% não tinha nenhum grau de escolaridade. As deficiências mais frequentes foram de mobilidade, comunicação e participação em sociedade, e as causas detectadas com maior frequência incluíram transtornos degenerativos da idade, doenças crônicas, acidentes de todo tipo, problemas da gravidez e do parto e doenças profissionais (468).

No Chile, a prevalência nacional com base na CIF foi de 12,9%, da qual 2,5% corresponderam à deficiência grave; as mulheres constituíram 58,2% do total dos deficientes e 83,3% do total viviam em zonas urbanas. As faixas etárias mais afetadas se encontraram entre os 30 e 64 anos (51%). A frequência da deficiência foi o dobro entre a população de condição socioeconômica baixa, onde 1 de cada 2 pessoas com deficiência não havia completado

“O problema de saúde mais recente enfrentado nas Américas é a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). O número de casos notificados nos países da Região no final de dezembro de 1987 era de 56.368 —aproximadamente 74% do total de casos notificados no mundo.”

Carlyle Guerra de Macedo, 1987

sua educação básica. As deficiências mais freqüentes foram as físicas (estruturas e funções relacionadas ao movimento, funções neuromusculares), com 31,2%, seguidas das deficiências visuais, 18,9%, e das viscerais, 13,9%. Todas elas geram problemas relacionados à atividade, como ver, deslocar-se, ouvir, realizar o cuidado pessoal e outras. Entre as principais causas de deficiência surgiram na pesquisa as doenças crônicas, problemas degenerativos da idade, acidentes de todo tipo e problemas do recém-nascido relacionados à gravidez e ao parto (469).

No Equador, a prevalência nacional da deficiência, usando a CIF, foi de 12,1%; 50,3% eram de sexo feminino e as idades mais afetadas estiveram entre 20 a 64 anos (51% do total). Na pesquisa, 80% dos participantes assinalaram que a causa de deficiência estava relacionada a suas condições de saúde; o resto se devia a acidentes e outras causas; 56% das pessoas com deficiência não trabalhavam, e as principais limitações detectadas foram de mobilidade, aprendizagem, comunicação e interação com os demais (470).

No Panamá a prevalência foi de 11,6%; do total, 52,4% dos casos eram mulheres e 47,6%, homens. Outrossim, a pesquisa verificou que 77,6% das pessoas com deficiência não trabalhavam e apenas 1 de cada 10 estudava. As deficiências mais freqüentes foram as múltiplas (23,5%), seguidas das motoras (23,8%), visuais (15,7%) e intelectuais (13,3%) (471).

Os dados obtidos por meio do Censo 2005 da Colômbia, no qual se utilizou a CIF, indicam que, do total de pessoas detectadas com limitações permanentes, 71,2% apresentavam apenas uma limitação; 14,5%, duas limitações; 5,7%, três, e 8,7%, quatro ou mais. Do total de pessoas que informou ter alguma deficiência, 29% tinham limitações para mover-se ou caminhar; 14,6% para usar braços e mãos; 43,2% para ver, apesar de usar óculos; 17,3% para ouvir, ainda que usassem aparelhos auditivos; 12,8% para falar; 11,9% para entender ou aprender; 9,9% para relacionar-se com os demais, por problemas mentais ou emocionais; 9,4% para banhar-se, vestir-se ou alimentar-se por si mesmos, e 19,4% apresentaram alguma outra limitação (472).

Todos os estudos forneceram dados muito importantes para caracterizar a situação das pessoas com deficiência na América Latina e Caribe: 25% são crianças e adolescentes; 2% a 3% da população deficiente têm acesso aos programas e serviços de reabilitação; a metade das pessoas com traumatismos pelo trânsito são jovens entre 15 a 34 anos de idade; a população de 65 anos ou mais

com deficiência representa uma alta porcentagem do total de pessoas deficientes; na Região, 50% das pessoas com deficiência estão em idade para trabalhar; 2% a 3% dos recém-nascidos apresentam deficiência grave, e 6% a 8% dos infantes (2 a 6 anos de idade) apresentam alto risco. Dos meninos e meninas (população entre 2 a 12 anos de idade) com deficiência, 20% a 30% vão à escola e apenas 5% concluem a educação primária; sofrem mais discriminação, violência e mau trato que qualquer outra criança e muitas vezes se encontram reclusos em alguma instituição (467, 468).

O acesso ao sistema de saúde das pessoas com deficiência, especialmente aos serviços de reabilitação, continua sendo um problema, assim como a desigualdade na provisão desses serviços. Por exemplo, no Chile, 1 de cada 15 pessoas com deficiência acessou os serviços de reabilitação em 2004, mas esta possibilidade foi maior em zonas urbanas que em rurais. A análise dos dados do estudo chileno revela que 1 de cada 9 pessoas de condição socioeconômica alta que tem deficiência recebeu reabilitação, em contraste com 1 de cada 20 de condição baixa; destes, 9 de cada 10 foram atendidos no setor público, enquanto que 3 de cada 4 indivíduos de condição socioeconômica alta o fizeram no âmbito privado (469).

Na Nicarágua, 60% das pessoas com deficiência que residem no meio urbano receberam atendimento de saúde, comparado com 48% na zona rural. Do total de pessoas com deficiência, 87% declararam ter pelo menos uma necessidade insatisfeita em matéria de saúde; 43% careciam de medicamentos receitados; 20% requereram ajudas auxiliares e 18% necessitavam de serviços especializados. Para 2003, 56% dos nicaraguenses com deficiência havia utilizado um serviço de saúde e 2%, um centro de reabilitação (468).

No Panamá, 1 de cada 8 pessoas com deficiência acessou os serviços de reabilitação durante 2005 (471) e, na Argentina, 60,3% das pessoas deficientes tiveram cobertura de saúde por obra social, plano privado ou mutual. Não obstante, estas obras sociais ou planos privados nem sempre reconhecem os tratamentos de reabilitação (473, 474). Em geral, na Região das Américas os sistemas de saúde se caracterizam por ser inequitativos em relação ao atendimento das pessoas com deficiência. Tampouco são realizadas ações sustentadas e sistemáticas para prevenir a deficiência — em especial as destinadas a diminuir os fatores de risco —, dar atendimento para todo tipo de deficiências, desenvolver serviços de reabilitação por níveis de complexidade nem para satisfazer as necessidades deste tipo de população. Hoje em dia, a saúde e o acesso aos serviços relacionados à deficiência constituem um direito humano e, como tal, uma preocupação da sociedade que deve ser assumida desde uma perspectiva intersetorial (475). Neste contexto, durante o período 2001–2005 a OPAS definiu uma série de alinhamentos estratégicos para a cooperação técnica com os países da Região no campo da reabilitação (janela 8).

Em conclusão, a multicausalidade da deficiência e a complexidade dos diversos fatores que interagem para produzi-la nos em-

JANELA 8. Alinhamentos estratégicos para a cooperação técnica no campo da reabilitação e países participantes, Região das Américas

Alinhamento	Países
Detecção precoce de deficiência em crianças de 0–6 anos, incorporada à rede de atendimento primário em saúde.	Argentina, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua e Venezuela.
Reabilitação com base comunitária, inserida no sistema de saúde.	Argentina, Bolívia, Colômbia, El Salvador, Guatemala, Guiana, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru e Venezuela.
Fortalecimento de ações de reabilitação nos níveis intermediário e de alta complexidade.	Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá, Peru e Venezuela.
Realização de estudos de prevalência de deficiência.	Chile, Colômbia, Nicarágua e Panamá.
Usos e aplicações da Classificação Internacional do Funcionamento, da Deficiência e da Saúde (CIF). Análise de Situação de Pessoas com Deficiência.	Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Nicarágua, Panamá, Paraguai, República Dominicana e Venezuela.
Vigilância epidemiológica da deficiência.	Argentina, Chile, Colômbia, México, Peru e Venezuela.
Acessibilidade com segurança ao meio físico e à informação.	Argentina, Cuba, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, República Dominicana e Venezuela.

Fonte: Documento Técnico CD47715 “A Deficiência: Prevenção e Reabilitação no Contexto do Direito ao Desfrute do mais Alto Possível de Saúde Física e Mental e Outros Direitos Relacionados”.

purram a buscar e identificar enfoques e estratégias que permitam dar respostas integrais, inseridas nos programas e políticas públicas, de atendimento às pessoas com deficiência, para sua reabilitação e inserção social.

NOVOS DESAFIOS DA SAÚDE PÚBLICA

DOENÇAS NÃO ATENDIDAS NA AMÉRICA LATINA E CARIBE

O problema

Na América Latina e Caribe, mais de 209 milhões de pessoas vivem abaixo da linha de pobreza (476), em quem recai a carga de uma série de doenças infecciosas parasitárias. A OPAS agrupou várias dessas doenças sob o item de “Doenças não atendidas de populações descuidadas”, às quais se necessita atender de imediato pois contribuem de maneira significativa para a pobreza, desnutrição, interrupção da educação e redução de oportunidades de emprego locais. As doenças não atendidas (DNA) resultam da interação entre os determinantes biológicos da saúde, os ecossistemas e os sistemas sociais humanos, em dese-

quilíbrio pela pobreza e a degradação do meio ambiente. Essas doenças foram nomeadas de doenças não atendidas porque continuamente passam despercebidas por alto no financiamento da saúde e do desenvolvimento, e não são incluídas na notificação regular. O financiamento se centra de maneira muito particular no HIV/AIDS, a tuberculose e o paludismo, que apresentam taxas de mortalidade mais elevadas em comparação com as DNA. Não obstante, milhões de pessoas continuam sendo vítimas das doenças não atendidas, as quais ocasionam enormes taxas de morbidade e drásticas reduções na receita dos membros das comunidades mais marginalizadas e afetadas pela pobreza. Aí onde as DNA se escondem geograficamente, muitas vezes ocasionam uma considerável carga acumulada de doença, já que muitas pessoas e comunidades estão infectadas simultaneamente por diversos tipos de parasitas (co-infecções).

Muitas pessoas com DNA pertencem a povos indígenas, grupos étnicos minoritários, populações urbanas marginalizadas que residem em bairros pobres, populações rurais isoladas, ou trabalhadores migrantes estacionais, o que transforma as DNA em um assunto de direitos humanos e igualdade, assim como em um tema muito importante em matéria de saúde pública (janela 9).

JANELA 9. Lista das doenças não atendidas comuns na América Latina e Caribe.

Comuns nos bairros marginais e pobres

- Filariose linfática (elefantíase)
- Leptospirose (doença de Weil)

Comuns nas zonas rurais e agrícolas de vários países

- Esquistossomose (febre do caramujo)
- Fasciolíase
- Leishmaniose (cutânea e visceral)
- Doença de Chagas (tripanossomíase americana)
- Cisticercose e triquinose
- Peste

Comuns em algumas comunidades indígenas

- Oncocercose (cegueira dos rios)
- Doenças parasitárias da pele (escabiose, tungíase e micose superficial)

Comuns nas populações mais empobrecidas

- Lombrigas intestinais, uncinarias e tricocéfalos (transmissão helmíntica por contato com o solo)

Fonte: OPAS/HDM/CD/P 2006

Por outro lado, certas DNA possuem um considerável estigma devido ao fato de que implicam um risco de deformidade ou deficiência física, o que marginaliza ainda mais as pessoas que sofrem delas. Em consequência, o tema das doenças não atendidas em populações que foram deixadas de lado é agora um aspecto muito importante que merece apoio e compromisso, como parte do debate global atual sobre as desigualdades em saúde e a carga da doença. As DNA também impedem os países de alcançar os objetivos de saúde estabelecidos nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas.

Doenças não atendidas em populações não atendidas

As doenças não atendidas como a helmintíase intestinal afetam de maneira desproporcionada as populações pobres, sobretudo as crianças, ocasionam anemia e têm um impacto negativo no desenvolvimento e crescimento infantil, o que contribui significativamente para a aparição de problemas de aprendizagem, ao ausentismo escolar e a um mau desempenho acadêmico. Em última instância, conduzirão a uma má condição de saúde generalizada, assim como a uma pobre qualidade de vida, e tornarão mais difícil para as gerações futuras escapar do ciclo de pobreza.

Carga da doença

As DNA podem dar lugar a taxas elevadas de morbidade entre os sujeitos infectados, ainda que as taxas de mortalidade associadas a infecções por DNA muitas vezes sejam baixas. As helmintíases transmitidas por contato com o solo, que constituem um grupo importante de DNA, são muito comuns na Região; a OPAS e a OMS estimam que de 20 a 30% das pessoas que residem nas Américas estão infectadas com uma ou várias destas helmintíases (477). Em algumas tribos ameríndias, muitas vezes as cifras de infecções intestinais por helmintos são de 50 a 95% nas zonas habitacionais muito pobres (478). É sabido que estas infecções diminuem a capacidade de trabalho dos adultos (479, 480) e que se encontram entre as principais causas de anemia nas mulheres em idade fértil (481,482). A esquistossomose — infecção por helmintos transmitida pelo contato com a água —, se apresenta em sete países da Região, sobretudo nos focos geográficos pequenos, com uma baixa prevalência (483). O anterior indica que é possível eliminar esta doença em alguns focos, particularmente no Caribe.

Outras DNA como a filariose linfática (elefantíase), a lepra e a doença de Chagas também causam doenças crônicas, ou então debilitação, caso não se receba tratamento, e muitas vezes estão

estigmatizadas e rodeadas de preconceitos, tudo o que impede que os adultos possam desempenhar-se em seu pleno potencial econômico e social no trabalho, o lar e a sociedade. A leishmaniose e a oncocercose são duas DNA que ocasionam lesões cutâneas que desfiguram a pessoa e, no caso da oncocercose, a infecção pode levar à cegueira.

Apesar do enorme custo acumulativo que as DNA têm na saúde e a produtividade das populações marginalizadas, muitas podem ser controladas eficazmente ou inclusive ser eliminadas com quimioterapia preventiva em grande escala, e com atividades de promoção da saúde tais como campanhas sanitárias nas escolas e nas comunidades, a fim de promover comportamentos saudáveis e ensinar as pessoas a evitar certos riscos; todo o anterior unido à prestação de serviços de água limpa de uso doméstico, de drenagem nas ruas e de sistemas de saneamento básico. O tratamento médico de algumas DNA só custa alguns centavos; no caso da esquistossomose e dos helmintos intestinais, com um dólar americano se pode adquirir um tratamento anual para 5 ou 50 crianças infectados, respectivamente.

A estratégia da OPAS para combater as doenças não atendidas está inserida em um enfoque holístico de prevenção, tratamento e eliminação da doença, onde se leva em conta a faixa dos fatores sociais, econômicos e ambientais que influenciam na saúde e o bem-estar. A OPAS desenvolve atualmente um enfoque intersectorial, integrado e custo efetivo das DNA e se espera obter um impacto positivo no combate destes males; não obstante, será necessária sua demonstração e teste em campo. Neste enfoque se aproveita a superposição geográfica de algumas DNA, assim como seus fatores tanto de risco como protetores comuns, e a existência de programas de prevenção e controle das doenças nas localidades. O enfoque fornece oportunidades inovadoras e rentáveis para a intervenção a fim de controlar uma doença, em combinação com outra doença (p.e., “sobreposta”). Alguns exemplos incluem a aplicação de terapias combinadas para controlar as helmintíases transmitidas por contato com o solo e a esquistossomose, administrando albendazol e praziquantel no mesmo intervalo. Em outros casos se aproveitam as sinergias existentes ao oferecer ao mesmo tempo desparasitação, suplementos de vitamina A e vacinação infantil.

Não obstante, as novas estratégias da OPAS para combater as DNA transcendem estas oportunidades do setor saúde para melhorar a prestação de seus serviços. A estratégia compreende ações focadas na comunidade local e na família, junto com outros setores que realizam intervenções comprovadas no campo e baseadas em desenvolvimentos que demonstraram sua utilidade. A combinação da integração, a associação intersectorial e os enfoques interprogramáticos de saúde, surge atualmente como uma estratégia de desenvolvimento cada vez mais importante em resposta às atuais tendências de desenvolvimento, que incluem uma redução no financiamento internacional para o desenvolvimento e um interesse crescente na responsabilidade compartilhada em

assuntos sociais. Assim, se busca aproveitar ao máximo a sinergia e eficiência a que deram lugar estes enfoques.

Leishmaniose

As leishmanioses constituem um grupo de doenças parasitárias de distribuição mundial, transmitidas ao homem pela picada de cerca de 30 espécies de flebótomos infectados por protozoos do gênero *Leishmania*. Estima-se uma incidência anual de 2 milhões de casos em todo o mundo, dos quais 1,5 milhões correspondem à leishmaniose cutânea; o número de pessoas infectadas ultrapassa os 12 milhões. Entretanto, os dados oficiais subestimam a realidade da afecção humana por estes protozoários, devido a fato de que grande parte desses dados se obtêm exclusivamente por detecção passiva; numerosos casos não são diagnosticados; existe um grande número de pessoas assintomáticas, e a leishmaniose é de declaração obrigatória apenas em 32 países dos 88 endêmicos. Nas Américas, com a exceção do Chile e Uruguai, se informaram casos desde o norte da Argentina até o sul do Texas. De acordo com os dados de leishmaniose cutânea informados em 2005, os países que notificaram o maior número de casos foram Brasil, Bolívia, Colômbia, Equador, Panamá, Paraguai, Peru e Venezuela. O Brasil foi o país com mais casos de leishmaniose visceral.

Os principais fatores que contribuem para a morbidade por leishmaniose são a falta de acesso dos pacientes aos serviços de atendimento; a escassa ou nula participação social organizada; o uso insuficiente da informação para tomar decisões; a falta de tratamento, e a interação do homem com o vetor.

Com o apoio da OPAS e o Ministério da Saúde do Brasil, em novembro de 2005 se realizou uma reunião de especialistas em Brasília, que teve como objetivo discutir o fortalecimento dos sistemas de prevenção da leishmaniose visceral nos países das Américas. As principais conclusões da reunião foram que a leishmaniose em todas as suas formas é uma doença de impacto na Região, e que a incidência da forma visceral aumentou em anos recentes. Outrossim, se confirmou que os sistemas de vigilância são deficientes, e que não há recursos humanos capacitados para atividades de diagnóstico e tratamento nem para aplicar medidas de controle. A falta de medicamentos para proporcionar tratamento de forma oportuna é outro obstáculo.

Os responsáveis pelo Programa de Controle da Leishmaniose, em colaboração com os do Programa Mundial, elaboraram um plano de ação para 2007–2009, o qual projeta conhecer a carga de doença por leishmaniose; padronizar as técnicas de diagnóstico para os países da Região que têm a maior carga de doença (Brasil, Bolívia, Colômbia, Equador, Panamá, Paraguai e Venezuela), e fortalecer a capacitação dos recursos humanos e a vigilância epidemiológica da doença. O plano de ação destaca a necessidade de promover a descentralização das atividades dos programas nacionais de prevenção e controle da leishmaniose, e integrá-las aos

serviços de atendimento primário, de capacitar a comunidade, e de estabelecer alianças estratégicas para lutar contra a doença.

Filariose linfática

A filariose linfática (FL) é a segunda causa mais importante de deficiência no mundo e afeta mais de 120 milhões de pessoas em 80 países. Nas Américas, se calcula que 8,9 milhões de indivíduos se encontram em risco de contrair FL, e que 720.000 estão infectados (quadro 34). A filariose linfática na Região é ocasionada por *Wuchereria bancrofti* e seu vetor é o mosquito *Culex quinquefasciatus*, que pica durante a noite. A partir da administração massiva de medicamentos (AMM) e, em menor medida, do tratamento seletivo de cada portador de microfilárias, assim como do controle dos vetores, se observou uma marcada diminuição na prevalência de infecção por FL nas Américas.

A FL é uma doença dolorosa, que desfigura àqueles que dela sofrem e afeta sua capacidade para trabalhar e levar uma vida normal. A infecção se adquire geralmente na infância, mas os problemas clínicos mais graves (elefantíase e dano nos genitais) se observam nos anos mais produtivos dos adultos, o que impõe uma considerável carga social e econômica. Este mal acomete sobretudo as pessoas com menos recursos dos países mais pobres do mundo. Nas Américas, a maioria dos casos se concentra no interior e nos arredores dos bairros pobres urbanos e periurbanos.

A partir da 50ª Assembléia Mundial da Saúde, celebrada em 1997, na qual se aprovou uma resolução sobre a eliminação da FL como problema de saúde pública para o ano de 2020, foram alcançados êxitos significativos na Região. De acordo com o consenso obtido como um dos resultados da resolução adotada nessa Assembléia, a eliminação da FL seria obtida quando a taxa de incidência acumulada durante cinco anos se reduzisse a menos de um novo caso de infecção por cada 1.000 indivíduos. O

caráter focalizado da infecção, assim como a cifra relativamente baixa de casos nas Américas sugerem que poderia ser possível alcançar esta meta antes do ano 2020.

Desde 1981 foram notificados casos de transmissão em sete países: Brasil, Costa Rica, Guiana, Haiti, República Dominicana, Suriname, e Trinidad e Tobago. Destes, nesta data, apenas o Brasil, Guiana, Haiti e República Dominicana notificam transmissão ativa, enquanto que estudos epidemiológicos e entomológicos indicam a interrupção da transmissão nos três países restantes.

Os governos dos países onde esta doença é endêmica puseram em prática programas para eliminar a FL, sobretudo através da AMM, junto com a realização de intervenções para aliviar o sofrimento das pessoas que sofrem da mesma. Atualmente se utilizam dois medicamentos na Região para tratar este mal: o albendazol e a dietilcarbamazina (DEC). O primeiro, doado pela GlaxoSmithKline, também atua contra as helmintíases transmitidas por contato com o solo, uma das causas subjacentes mais importantes da desnutrição e da anemia nas crianças de escassos recursos. O albendazol se administra geralmente junto com comprimidos de DEC, ou então, com sal fortificado com DEC. Na Região se estima que, para combater a FL, durante 2005 (484) um total de 1.754.146 pessoas foram tratadas seja com sal fortificado com DEC ou com comprimidos de DEC mais albendazol.

Por outro lado, os programas nacionais dos quatro países onde a doença é endêmica focam sua atenção em aliviar os efeitos físicos, sociais e econômicos negativos que ocasiona a FL. Os programas para educar o paciente e promover a higiene cotidiana, assim como a educação e sensibilização comunitárias, tiveram um efeito na redução da morbidade associada à infecção, como são as extremidades inflamadas e os episódios de dor.

Sobre o Haiti recai a maior carga da FL nas Américas, com uma população em risco estimada de 6 milhões de pessoas, que representam aproximadamente 70% do total da população em

QUADRO 34. População em risco de contrair filariose linfática e cifra estimada de pessoas infectadas, Região das Américas.

País	População	População em riesgo		Cifra estimada de personas infectadas
		Número	(%)	
Brasil	186.405.000	1.500.000	0,8	60.000
Costa Rica	4.327.000	10.000	0,2	0
Guiana	751.000	630.000	83,9	50.000
Haiti	8.528.000	6.000.000	70,4	560.000
República Dominicana	8.895.000	740.000	8,3	50.000
Suriname	449.000	35.000	7,8	0
Trinidad e Tobago	1.305.000	0	0	0
TOTAL	210.660.000	8.915.000	4,2	720.000

Notas: Os dados sobre a população provêm dos Indicadores Básicos, 2005. Os dados sobre a população em risco e o número estimado de pessoas infectadas no Brasil, Guiana, Haiti e República Dominicana procedem do Weekly Epidemiological Record, N° 22, 81, p. 221–232, 2006. Os dados da Costa Rica, Suriname e Trinidad e Tobago são cifras de 2002 apresentadas no Relatório 2004 do Grupo Regional de Revisão de Programas de Filariose Linfática, Américas, na terceira reunião da Aliança Global para Eliminar a Filariose Linfática.

risco na Região. Com base nas atuais cifras sobre a população e nos resultados de mapeamento, se calcula que cerca de 560.000 pessoas estão infectadas (ver o quadro 34), e a concentração maior da infecção se posiciona na região ocidental do país. Em 2006, não foi realizada a AMM por falta de fundos; entretanto, o financiamento para 2007 está garantido e a campanha no Haiti para eliminar a FL seguirá adiante sobre a base dos êxitos alcançados no passado. Em 2005, mais de 1,2 milhões de pessoas recebeu tratamento com DEC e albendazol, o que representou uma cobertura de 70% nas áreas alvo. Em Leogane, onde a AMM se iniciou no ano 2000, se obteve uma prevalência de microfilárias abaixo de 1% nos quatro locais sentinela, o que demonstra o impacto positivo da intervenção. Hoje em dia, grupos de apoio para atender as pessoas afetadas pelo linfedema operam em, pelo menos, três comunidades.

Calcula-se que na República Dominicana existem 740.000 pessoas em risco de contrair a infecção por FL e que outras 50.000 estão infectadas. Em estudos recentes se verificaram taxas de prevalência que vão de 2% a 14% por meio de esfregaços de sangue noturnos, e de 9% a 35% mediante uma teste imunocromatográfico. Foi realizado o mapeamento das áreas mais importantes, mas ainda está pendente nas regiões oriental e norte do país. Em 2005 houve um aumento significativo na cobertura de AMM no Distrito Nacional, que foi de 82% para 92,5%. O programa atual está baseado em atividades multidisciplinares e se integrou ao atendimento primário da saúde na província de Barahona.

A Guiana tem 630.000 indivíduos em risco (mais de 80% de sua população) e se calcula que 50.000 estão infectados. A população em risco se posiciona em diversas regiões em todo o país. Em resposta a esta situação, em 2003 se iniciou um programa de fortificação do sal com DEC. A Guiana é o único país da Região onde se emprega o sal fortificado com DEC como base da estratégia de eliminação da FL e atualmente se busca aumentar a cobertura.

No Brasil, há dois focos de transmissão ativa de FL, o principal na área metropolitana do Recife (Pernambuco), onde a população total de cerca de 1.500.000 pessoas é considerada em risco. O segundo foco de transmissão ativa se encontra em Maceió (Alagoas), mas se considera que está em uma etapa de pré-eliminação. O mapeamento epidemiológico de focos ativos no Brasil praticamente foi completado, com exceção da área do Recife. A estratégia de intervenção que foi aplicada tradicionalmente neste país consistiu em pesquisas de testes sanguíneos, assim como na administração de tratamento seletivo aos indivíduos. A partir de 2003, uma parte da área metropolitana do Recife adotou uma estratégia de AMM com comprimidos de DEC exclusivamente, a qual passou de 18.000 tratamentos anuais iniciais, para um pouco mais de 55.000 em 2005. O anterior reflete uma cobertura de cerca de 87% dos 63.800 sujeitos elegíveis para tratamento nessas áreas.

Estudos realizados em Trinidad e Tobago demonstram a ausência de transmissão; não obstante, se deve manter uma supervisão rigorosa devido ao fluxo de turistas e imigrantes de

“Em todos os países se observa uma redução na mortalidade infantil e da infância, assim como aumentos na expectativa de vida ao nascer, como resultado sobretudo do controle das doenças infecciosas nos primeiros anos de vida. Dado que as populações envelheceram e se concentraram em grandes áreas urbanas, as doenças crônicas e degenerativas, em particular as doenças cardiovasculares e o câncer, se transformaram nas principais causas de morbidade e mortalidade.”

George A. O. Alleyne, 1995

países onde a doença é endêmica. Estudos recentes no Suriname também sugerem a ausência de transmissão, mas é necessária a vigilância intensa ao longo da fronteira com a Guiana para monitorar a prevalência da infecção, assim como o risco de uma nova transmissão. As atividades de monitoramento e vigilância na Costa Rica indicam que não existe transmissão, e sugerem que a FL já não constitui um problema de saúde pública. Por outro lado, a transmissão também parece haver sido interrompida no foco de Belém, no Brasil.

Apesar dos desafios que enfrentam alguns programas, incluindo a falta de recursos tanto humanos como financeiros e, em ocasiões, de Compromisso político, se calcula que em 2007 estarão cobertas com a AMM 2,4 milhões de pessoas em risco na Região. Alguns determinantes desta doença e de suas complicações ficam fora da competência do setor saúde, inclusive a infra-estrutura inadequada, em particular de saneamento básico, o abastecimento de água, a drenagem e a coleta de dejetos, assim como a moradia precária. Portanto, também se fomentam as associações intersetoriais a fim de garantir a sustentabilidade dos programas para a eliminação da filariose linfática. A OPAS promove ativamente a cooptação entre os ministérios da saúde dos sete países onde a doença é endêmica, e coordena as associações com os Centros para o Controle e a Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América, os organismos bilaterais, outros organismos das Nações Unidas, o setor privado e as ONG, para eliminar a filariose linfática na Região.

Oncocercose

As infecções ocasionadas *Onchocerca volvulus*, uma filária que pertence à classe Nematoda, podem causar lesões oculares, incluída a cegueira, assim como prurido severo e lesões cutâneas desfigurantes, e são conhecidas como oncocercose, e como doença da pele por oncocercose, respectivamente. A doença também se conhece como cegueira dos rios, devido ao fato de que seus vetores — insetos do gênero *Simulium* conhecidos como “moscas negras” — vivem durante suas etapas larvárias em rios e correntes rápidas, em cujos arredores as moscas adultas mordem os humanos.

QUADRO 35. População e comunidades em risco de contrair oncocercose, e focos endêmicos, Região das Américas, 2004–2005.

País	População em risco ^a	Comunidades em risco ^b	Comunidades em alto risco (hiperendêmicas) ^b	Focos endêmicos ^b
Brasil	9.483	17	5	• Amazonas – Roraima (Área de Yanomami)
Colômbia	1.410	1	0	• López de Micay
Equador	23.386	119	42	• Esmeraldas
Guatemala	199.558	518	42	• Huehuetenango
				• Sololá/Suchitepéquez/Chimaltenango
				• Escuintla
				• Santa Rosa
				• Oaxaca
México	168.819	670	39	• Norte de Chiapas
				• Sul de Chiapas
Venezuela	113.019	625	104	• Norte—central: Aragua, Carabobo, Cojedes, Guárico, Miranda e Yaracuy
				• Nordeste: Anzoátegui, Monagas e Sucre
				• Sul: Amazonas (Área de Yanomami)
TOTAL	515.675	1.950	232	

^aOEPA. Comunicação pessoal por correio eletrônico: os dados de 2005 são do Dr. Mauricio Sauerbrey, Diretor do OEPA, recebidos em 21 de julho de 2006.
^b2004 Program Review for the Lions—Carter Center SightFirst River Blindness Programs, Cameroon, Ethiopia, Nigéria, OEPA, Sudan, and Uganda, 3–5 Março de 2005. The Carter Center, Atlanta GA.

Na Região, a oncocercose foi reconhecida pela primeira vez na Venezuela em 1948; na Colômbia em 1965; no Brasil em 1967, e no Equador em 1982. Não obstante, desde 1985 não houve nenhuma evidência convincente de expansão dos focos existentes nestes países. A partir dos dados históricos e das estimativas obtidas antes da década de 1990, o total de pessoas infectadas na Região é de 150.000 a 200.000. Por outro lado, em 1995 o cálculo da população em risco de contrair o mal foi de 4.700.000 indivíduos nos seis países das Américas onde é endêmico (Brasil, Colômbia, Equador, Guatemala, México e Venezuela). Foram obtidos mais dados como resultado de avaliações epidemiológicas e entomológicas rápidas que realizaram os países a partir de 1995. Como resultado do anterior, os cálculos das populações em risco para 2005 se reduziram para um pouco mais da décima parte da cifra de 1995, isto é, para 515.675 pessoas (quadro 35). Nas Américas, a população total em risco vive atualmente em apenas 13 focos endêmicos restritos a 1.950 povoados, dos quais 232 se consideram como hiperendêmicos e com um risco mais elevado de desenvolver doença ocular. As áreas em maior risco são aquelas onde residem sobretudo indígenas ou então as comunidades rurais isoladas.

A administração massiva do medicamento antifilárico ivermectina (Mectizán®) a toda a população em risco constitui a atividade principal da iniciativa regional em cada país e se denomina meta de tratamento universal (UTG, por sua sigla em inglês), que é a população elegível tratada duas vezes ao ano. A Fundação Pan-Americana de Saúde e Educação, assim como o Programa de Doação de Mectizán®, se encarregam de coordenar a distribuição do medicamento que é doado gratuitamente pelos laboratórios Merck. Os programas nacionais de eliminação estão

coordenados regionalmente com o Programa para a Eliminação da Oncocercose nas Américas (OEPA, por sua sigla em inglês), em cujo comitê coordenador técnico participa a OPAS. Os programas nacionais são supervisionados mediante a porcentagem de UTG que alcançam anualmente os países onde a doença é endêmica.

No Brasil, a oncocercose está limitada a um foco localizado na região norte do estado do Amazonas, assim como na parte ocidental do estado de Roraima, na fronteira com a Venezuela. Em 2005 se calculou que a população elegível em risco era de 7.522. A doença afeta sobretudo ameríndios dos grupos étnicos yanomamis e yek'wana, ainda que a imigração de mineiros possa colocar outras áreas do Brasil em risco, caso se encontrem vetores locais competentes no local de residência principal dos mineiros. O Brasil conseguiu alcançar 90% de sua UTG em 2005, o que constitui um esforço notável dadas as extremas dificuldades de acesso às áreas de selvas e montanhas. A aliança entre o Ministério da Saúde e o setor não governamental foi, até esta data, sumamente valiosa para o programa, dado que busca cobrir todos os povoados endêmicos.

O único foco na Colômbia se posiciona no interior e nas proximidades da comunidade López de Micay, Cauca, na costa do Pacífico. Esta comunidade se classificou como mesoendêmica, já que foram identificados apenas 70 casos entre 1965 e 1991. Calculou-se em 2005 que a população elegível para tratamento era de 1.170 pessoas. O programa atingiu 94% de suas UTG em 2005, pelo sétimo ano consecutivo, e poderia muito bem estar se aproximando da interrupção da transmissão.

No Equador, o principal foco de oncocercose (que foi dividido em seis áreas operacionais) se encontra na costa noroeste, na

provincia de Esmeraldas, na bacia do Río Santiago (o foco Esmeraldas/Pichincha). Foram detectados outros focos satélite, que podem ser devidos à migração de ameríndios chachi a partir desta área. Em 2005, a população elegível para tratamento estimou-se em 20.021 sujeitos. Nesse mesmo ano, o programa ultrapassou sua UTG de 85%, ao alcançar 98%.

Na Guatemala existem quatro focos, e se calculou que, em 2005, a população elegível era de 174.812 pessoas. Em 2005, o programa atingiu 95% de sua UTG, o que constitui um marcado êxito em relação aos anos prévios. Em 2006, o comitê coordenador técnico do OEPA recomendou ao governo da Guatemala a possível suspensão dos tratamentos massivos com ivermectina no foco de Santa Rosa, dada a evidência de ausência de transmissão, e também se recomendou um sistema de vigilância epidemiológica durante três anos, para acompanhar o término do tratamento massivo neste foco; para o final de 2006, o Ministério da Saúde Pública de Guatemala tomou a decisão de seguir a recomendação. Não obstante, os imigrantes que cruzam a fronteira entre o México e a Guatemala poderiam apresentar um desafio constante à garantia da alta cobertura do tratamento nos focos restantes de ambos os países.

No México, se calculou que a população apta para receber o tratamento era de 152.303 indivíduos em 2005. Este país alcançou elevados níveis de cobertura do tratamento nos três focos endêmicos e é provável que o de Oaxaca esteja chegando à interrupção da transmissão; em 2004 e 2005 o programa obteve 95% de sua UTG. Desde 2003, o México também administrou ivermectina quatro vezes ao ano (isto é, trimestralmente) em 50 de suas comunidades mais endêmicas do foco do Sul de Chiapas, em um ensaio que aponta para acelerar a eliminação da oncocercose; os resultados estão pendentes.

Os principais focos foram detectados na Venezuela; se realizaram ações consideráveis nos anos recentes, a fim de aumentar a cobertura nestes três focos endêmicos, nas regiões nordeste, norte central e sul. Este último foco ainda é de difícil acesso, pois em geral se chega ao mesmo mediante lancha ou por helicóptero, o que é muito caro. As pessoas infectadas são principalmente ameríndios dos grupos yanomamis, sanema e yek'wana. Em 2005, haviam alcançado 94% de suas UTG. No foco do sul, a Venezuela chegou pela primeira vez a 85% de sua meta de tratamento, em 2006. Estudos realizados no estado de Amazonas, na Venezuela, verificaram que a distribuição geográfica dos vetores competentes é muito mais ampla que aquela da doença. Isto significa que poderiam ser criados novos focos devido à migração das pessoas, sobretudo dos mineiros. Este ponto, assim como a migração ameríndia através da fronteira do e para o Brasil, merece mais atenção e deve ser colocado no contexto mais amplo da melhoria do acesso destas populações migrantes aos serviços gerais de atendimento primário da saúde, em ambos os lados da fronteira.

Em resumo, se reconheceu que a oncocercose é um problema para o qual existe hoje em dia uma solução relativamente fácil e econômica. Com a aparição da ivermectina em 1987 e com o Pro-

grama de Doação de Mectizán, é possível controlar e eliminar a doença de maneira global com quimioterapia. As taxas de morbidade e de transmissão nos países diminuíram de maneira considerável, em resposta à iniciativa regional. É provável que as Américas sejam a primeira região do mundo onde a morbidade ocular por oncocercose deixe de ser um problema de saúde pública (meta do OEPA para o final de 2007), e onde a transmissão seja interrompida na maioria dos focos endêmicos, se não em todos. A Colômbia e o México estão próximos dessa etapa e seguidos por Equador e Guatemala. Hoje em dia, a dificuldade para chegar a certas áreas do Brasil e Venezuela continua sendo um grande desafio para a eliminação da oncocercose da Região.

DOENÇAS INFECCIOSAS EMERGENTES E REEMERGENTES

A propagação internacional das doenças infecciosas continua constituindo um problema global de segurança sanitária, devido a fatores que se associam ao mundo atual interconectado e interdependente, sobretudo pelo deslocamento de população devido ao turismo, à migração ou aos desastres; o aumento de produtos biológicos e de alimentos no comércio internacional; as mudanças sociais e ambientais vinculadas à urbanização, ao desmatamento e às alterações climáticas; assim como as mudanças nos métodos para processar e distribuir os alimentos e nos hábitos alimentares dos consumidores. Estes fatores reafirmaram que os episódios de doenças infecciosas que são apresentados em um país ou região, constituem potencialmente uma preocupação para todo o mundo (485).

Outra inquietude reside na possibilidade de surtos ocasionados pela liberação intencional ou acidental de agentes biológicos. Tanto as epidemias que possam surgir de maneira natural, como aquelas devidas à disseminação de agentes biológicos, representam uma ameaça para a segurança sanitária do mundo. Exemplos recentes são a distribuição deliberada de antrax nos Estados Unidos; a epidemia da síndrome respiratória aguda severa (SARS, por sua sigla em inglês), e a emergência de uma nova estirpe de influenza aviária sumamente patogênica (H5N1), que alertou o mundo acerca de uma possível pandemia de influenza.

Nas Américas, entre 2001 e 2006 se apresentaram surtos significativos de doenças infecciosas que requereram a colaboração internacional para realizar, de maneira coletiva, a detecção, confirmação e intervenção em saúde pública. Em Martinica, a febre de Chikungunya foi importada da Ilha da Reunião; em Belize, pela primeira vez se detectou o Vírus do Nilo Ocidental em um cavalo; na Bolívia, através de canais informais se notificou erroneamente um caso de varicela como caso de varíola, o que ocasionou uma rápida resposta internacional; na Guatemala, um conjunto de infecções respiratórias agudas de etiologia desconhecida impulsionou equipes de resposta rápida nacionais e internacionais a realizar ações para controlar o surto, diante do temor de que tivesse surgido uma nova estirpe de influenza; na Colômbia, um surto de febre das Montanhas Rochosas foi descrito pela

“Doenças novas, assim como outras já existentes, constituem uma ameaça para a saúde e a segurança; as fronteiras entre as nações são inexistentes para estas doenças. A ameaça de uma pandemia global de influenza continua sendo real e o exemplo da SARS ainda está fresco em nossa memória. A epidemia do HIV/AIDS é outro fenômeno global que tem um impacto negativo não só sobre a saúde, mas também sobre a economia e a estabilidade de muitos países. Ainda que a carga da doença possa ser pior para as nações em desenvolvimento, as doenças que tendem a transformar-se em uma epidemia são uma ameaça crescente para o mundo inteiro.”

Mirta Roses, 2007

primeira vez em Urubá, o que mereceu a assistência internacional para pôr em prática medidas preventivas; nos Estados Unidos e México, surtos de *Escherichia coli* 0157:H7 afetaram tanto o turismo como o comércio de alimentos.

Os fatores vinculados ao manejo de epidemias também podem transformar estas em uma emergência de saúde pública de corte internacional. Alguns desses fatores incluem a ausência de informação correta, a desinformação ou a incongruência na informação disponível para os governos dos países, o que pode ocasionar uma reação exagerada na cobertura dos meios de comunicação e a conseguinte pressão interna para que os governos respondam à situação; a insuficiente capacidade nacional para reconhecer os eventos de saúde de maneira oportuna, assim como para contê-los; o temor às custosas repercussões que pode implicar a notificação de um evento de saúde, e a falta de mecanismos de resposta internacionais adequados, tanto legais como técnicos (485). Portanto, é fundamental a cooperação internacional na detecção e resposta às epidemias; essa cooperação foi garantida pela OPAS e a OMS mediante o Regulamento Sanitário Internacional de 1969, assim como a versão revisada e adotada em 2005, como marco jurídico.

O Regulamento Sanitário Internacional, revisado e adotado em 2005 [RSI (2005)] durante a 58ª Assembléia Mundial da Saúde, foi redesenhado a fim de fornecer um novo marco jurídico internacional para o controle das doenças infecciosas transfronteiriças (486). O objetivo e o escopo do RSI (2005) é prevenir, proteger, controlar e proporcionar uma resposta em matéria de saúde pública à disseminação internacional de doenças, de tal forma que guarde relação e se limite aos riscos em saúde pública, ao mesmo tempo em que se evite a desnecessária interferência com o comércio e trânsito internacionais (487). O RSI (2005) também estabeleceu as capacidades básicas de cada país para a detecção e resposta das ameaças à saúde, tais como sistemas de vigilância e alerta precoce, capacidade de pesquisa epidemiológica e de surtos, conhecimentos técnicos e infra-estrutura dos laboratórios, mecanismos de informação e comunicação, e os sistemas de gestão (486).

Por outro lado, os países necessitam desenvolver capacidades básicas para responder aos processos de descentralização política e administrativa e de reforma do setor saúde, que estão modificando profundamente o manejo, a organização, a prestação e o financiamento dos serviços de saúde na América Latina e Caribe. Atualmente estes processos redefinem as funções dos governos centrais, regionais e locais no manejo dos serviços de atendimento à saúde, tanto individuais como da população em geral. Portanto, os países devem fortalecer a infra-estrutura dos serviços de saúde, assim como estabelecer um processo contínuo de criação da capacidade institucional para detectar as emergências de saúde pública que ocasionam as epidemias, assim como para intervir de maneira oportuna, eficaz, eficiente e sustentável (488).

As redes sub-regionais para a vigilância das doenças infecciosas emergentes e reemergentes (Cone Sul, Bacia do Amazonas, América Central e o Caribe) foram criadas a partir do princípio de interação entre os serviços de laboratório e a epidemiologia. As redes contribuem para o aumento da capacidade, já que oferecem fórum onde os países podem colaborar entre si para supervisionar, prevenir e controlar as doenças transmissíveis que representam uma ameaça comum para os países de cada sub-região; coordenar os padrões ou protocolos de vigilância e controle; torçar e melhorar os recursos humanos, materiais e financeiros; e criar mecanismos coordenados e sistemáticos de ações entre os países.

Preparação diante de uma pandemia de influenza nas Américas

A influenza é uma doença viral que afeta tanto os animais como os seres humanos. Quando surge uma nova estirpe de vírus da influenza e se adapta para permitir a transmissão de pessoa para pessoa, o mal pode disseminar-se rapidamente por todas as partes, dando lugar a uma pandemia. Ainda que os transtornos que pode ocasionar uma pandemia de influenza se comparem muitas vezes com os que produzem os desastres naturais, uma pandemia tem mais probabilidades de afetar um número maior da população, de maneira sustentada e generalizada, ultrapassando com acréscimos os recursos de cada país, estado e município. Um surto deste tipo apresenta um desafio à possibilidade de redesignação dos recursos, o que destaca a necessidade de que todos os países desenvolvam planos de preparação diante do surgimento de uma pandemia.

A 56ª Assembléia Mundial da Saúde, e o 44º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, celebrados em 2003, emitiram resoluções que urgem aos países a fortalecer sua capacidade para prevenir, detectar e diagnosticar a infecção pelo vírus da influenza, assim como a estarem preparados para responder diante de uma situação pandêmica (489, 490). Estes planos de contingência deverão ser implantados agora, no período inter-pandemia, para responder melhor a esta ameaça que poderia ter conseqüências catastróficas em todo o orbe.

Em 2006, cerca de 130 milhões de pessoas (23% da população total) residiam em áreas rurais da América Latina e do Caribe

JANELA 10. Estratégia da OPAS para apoiar os Estados Membros no desenvolvimento e avaliação dos Planos Nacionais de Preparação contra uma Pandemia de Influenza

1. Desenvolvimento das versões preliminares dos Planos Nacionais de Preparação contra uma Pandemia de Influenza (NIPPP, por sua sigla em inglês)
 - a. Introdução dos alinhamentos da OMS para a exposição dos preparativos diante de uma pandemia.
 - b. Introdução e aplicação de ferramentas de modelagem como FluAid, FluSurge e FluWorkloss para calcular o impacto potencial de uma epidemia.
 - c. Desenvolvimento de planos de ação nacionais que incluam a correta exposição dos NIPPP preliminares.
2. Avaliação e colocação em teste dos NIPPP preliminares
 - a. Auto-avaliação dos NIPPP.
 - b. Exercícios para destacar os elementos de cadeia ou de comando e a necessidade de integração e coordenação multisetoriais.
 - c. Desenvolvimento de planos de ação para abordar as brechas existentes, identificadas a partir da auto-avaliação e dos exercícios de simulação.
3. Execução local dos NIPPP
 - a. Desenvolvimento de exercícios de mesa e simulações para testar a preparação em local, assim como para pôr em prática os planos de contingência locais.
 - b. Promoção de capacitação local e multisetorial para fomentar o desenvolvimento de planos locais de contingência diante da eventualidade de uma pandemia, que incorporem devidamente todas as áreas pertinentes, inclusive a vigilância, os serviços de saúde, o manejo de desastres e a comunicação social.
 - c. Realização de exercícios para verificar se os planos locais estão completos, levando em conta as realidades locais.
4. Supervisão e fortalecimento dos NIPPP
 - a. Fomentar a prática de exercícios de repetição nas localidades para ajudar na supervisão da “adequação” dos planos de contingência locais.
 - b. Fomentar todas as mudanças que sejam necessárias a fim de manter atualizados os planos.

(491) e a maioria estava em contato direto com frangos e porcos. A Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO) notificou que as aves de curral representam aproximadamente 70% da proteína animal consumida na América Latina e Caribe (492). Outrossim, a indústria avícola em expansão se transformou em uma importante fonte de rendas e de emprego, que contribui para o desenvolvimento urbano e periurbano. O impacto de uma pandemia na Região constituiria não só um problema de saúde pública, mas também uma ameaça à segurança alimentar e um desastre econômico para as populações mais pobres das áreas rurais, assim como para as economias nacionais.

Em consideração à ameaça que apresenta uma possível pandemia de influenza, em 2005 se criou na OPAS um grupo de trabalho multidisciplinar sobre alerta e resposta frente às epidemias, para assessorar, coordenar e supervisionar todas as atividades da Organização vinculadas à exposição e à execução das atividades de preparação e resposta diante de uma pandemia de influenza,

no marco dos novos mandatos estabelecidos pelo RSI (2005) (493). Aí se estipula que os países deverão desenvolver, fortalecer e manter as capacidades básicas de detecção, avaliação e intervenção, a fim de controlar os eventos em matéria de saúde pública que possuam importância internacional. A natureza interprogramática do grupo de trabalho lhe permite responder melhor ao complexo processo envolvido na colocação em prática do RSI e da programação diante de uma pandemia de influenza, que requer ações sumamente coordenadas entre diversos setores.

A cooperação técnica da OPAS se centrou inicialmente em dar assistência aos Estados Membros no desenvolvimento de versões preliminares de Planos Nacionais de Preparação diante de uma Pandemia de Influenza (NIPPP, por sua sigla em inglês), levando em conta as recomendações em relação às medidas nacionais antes e durante a pandemia, apresentadas no Plano Mundial da OMS de Preparação para uma Pandemia de Influenza (494). Na janela 10 se resumem os passos chave no desenvolvimento e a avaliação dos NIPPP.

QUADRO 36. Impacto potencial de uma pandemia de influenza com uma taxa de ataque clínico de 25%, por resultado de saúde principal e gravidade do cenário (1918 e 1968), América Latina e Caribe, meados de 2006.

Impacto potencial	Escenario de la pandemia	
	1968 (moderado)	1918 (grave)
Óbitos	334.163 (131.630–654.960)	2.418.469 (627.367–5.401.035)
Hospitalizações	1.461.401 (459.051–1.937.503)	11.798.613 (3.189.747–16.418.254)
Consulta ambulatoria	76.187.593 (59.738.730–109.207.769)	68.470.386 (58.114.124–92.227.761)

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde, Washington, D.C.

QUADRO 37. Porcentagem atual de cumprimento da lista de verificação da OMS do plano de preparação contra uma pandemia de influenza, segundo componentes básicos e sub-regiões, América Latina e Caribe, meados de 2006.

Componente básico	Área	América		Cone Sul
	Andina	Central	Caribe	
1. Preparação para as emergências	38,6	34,6	56,7	58,5
2. Vigilância epidemiológica	37,0	34,8	56,5	54,4
3. Manejo de casos	52,3	54,5	48,9	60,9
4. Contenção da população	20,0	38,0	37,0	64,0
5. Continuação dos serviços essenciais	24,5	33,3	45,2	41,9
6. Pesquisa e avaliação	10,0	40,0	15,0	30,2
7. Implantação do Plano Nacional	40,0	60,0	30,0	50,0

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde, Washington, D.C.

Nestes planos multisetoriais é necessário integrar a saúde humana e a veterinária, e deverão ser o suficientemente flexíveis para considerar múltiplos cenários de potencial impacto pandêmico, de acordo com diferentes níveis de patogenicidade viral e da disponibilidade de recursos. Realizaram-se oficinas sub-regionais a fim de capacitar os encarregados de preparar os NIPPP ao uso do software de modelagem. Estas ferramentas foram desenvolvidas nos Centros para o Controle e a Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, a fim de calcular o impacto potencial de uma pandemia (495–497). O anterior permite aos países garantir a flexibilidade de seus planos nacionais ao preparar-se para enfrentar muitas contingências, inclusive o pior cenário no qual não se dispõe nem de vacinas nem de medicamentos antivirais. No quadro 36 se mostra um resumo dos cálculos do potencial impacto pandêmico na América Latina e Caribe para cenários como os de 1968 e 1918, que foram preparados por equipes dos diferentes países durante essas oficinas.

Uma vez que os países membros proporcionaram as versões preliminares de seus planos, se realizou uma série de exercícios de auto-avaliação mediante uma ferramenta desenvolvida pela OPAS baseada na lista de verificação da OMS do plano de preparação contra uma pandemia de gripe (498). A ferramenta abrange os sete componentes básicos: preparativos para situações de

emergência; vigilância; pesquisa de casos e tratamento; prevenção da disseminação da doença na comunidade; manutenção dos serviços essenciais; pesquisa e avaliação, e implementação, colocação em teste e revisão do plano nacional. Estes componentes básicos se dividem mais adiante em 44 categorias principais, que compreendem um total de 368 pontos de verificação para a avaliação. Um dos êxitos mais importantes das oficinas foi a geração de discussões multisetoriais sobre os passos necessários para completar os planos nacionais, assim como a promoção do trabalho conjunto e a integração nos processos de programação de contingências. No quadro 37 se apresenta a porcentagem média de cumprimento para cada um dos sete componentes básicos de um plano nacional de preparação, nas quatro sub-regiões geográficas.

As pandemias de influenza sempre haviam se apresentado de maneira imprevista, dando aos serviços de saúde muito pouco tempo para se preparar (499). A situação atual é notoriamente diferente, já que o mundo foi advertido com antecedência, o que oferece uma oportunidade única, especialmente nas Américas, para preparar-se diante de uma pandemia e desenvolver formas para mitigar seus efeitos, inclusive em áreas com problemas de acesso aos serviços básicos de saúde.

A evidência sugere que uma pandemia de influenza será sentida de maneira mais intensa nas comunidades, sobretudo entre

JANELA 11. Êxitos dos Estados Membros da OPAS

- Trabalho conjunto, muitas vezes pela primeira vez, dos profissionais de diferentes setores na construção da capacidade nacional para fazer frente a uma epidemia.
- Elaboração, análise e ajuste, por parte dos países, de seus Planos Nacionais de Preparação contra uma Pandemia de Influenza de forma integrada e coordenada.
- Inclusão do tema de preparação para uma pandemia de influenza nas agendas de saúde dos Sistemas de Integração Regional (MERCOSUL, CARICOM, CAN, SISCA).
- Fortalecimento da infra-estrutura em saúde pública, orientado a uma eventual pandemia de influenza, que também pode ser aplicado a uma grande variedade de emergências em saúde pública.
- Capacitação de um quadro regional de profissionais em diversos aspectos da preparação para enfrentar a influenza — prestação de serviços de saúde, vigilância, risco e comunicação social, e manejo de desastres e emergências.
- Formação de profissionais capazes de replicar a capacitação a associados e colegas nos níveis subnacionais. Compromisso, por parte dos profissionais capacitados, para seguir adiante com as atividades de preparação para enfrentar a influenza.

os jovens, os pobres e outros grupos vulneráveis (500). Apesar dos extraordinários avanços obtidos ao advogar pela preparação nacional diante de uma pandemia de influenza, constitui um desafio levar esta prática de preparação aos formuladores de políticas em local, assim como aos encarregados de pô-las em prática e aos cidadãos interessados que se encarregarão de executar os planos nacionais. A fim de fechar a atual brecha que existe entre a programação e a execução, é necessário estimular e envolver as contrapartes locais no processo de programação nacional. A execução dos NIPPP nas localidades será testada mediante a repetição de exercícios de simulação e de exercícios em aula para verificar o de preparação na localidade, assim como pondo em prática os planos de contingência locais.

As atuais ameaças globais, incluindo a pandemia de influenza, requerem um esforço concertado por parte de todos aqueles capazes de realizar ações eficazes; o compromisso e a participação intersectorial deverá incluir o setor privado, as ONG, e os setores acadêmicos. Não resta dúvida de que serão necessários mais recursos para fomentar o apoio das contrapartes nos países, para expandir e aproveitar os atuais sistemas de vigilância a fim de que se tornem de base populacional, e para aumentar o grau de preparação e resposta rápida no plano local. O acesso aos remédios, vacinas e demais suplementos continua sendo, até agora, um aspecto sem resolver.

A ameaça de uma pandemia de influenza expôs a fragilidade de alguns sistemas nas Américas, mas também tornou evidente, uma vez mais, a sólida determinação dos países da Região de trabalharem juntos e rapidamente, a fim de superar as disparidades e compartilhar a informação (janela 11). A cooperação técnica permitiu fortalecer ainda mais a saúde pública nos países, o que, no final das contas, representa uma enorme contribuição global e pode salvar muitas vidas.

Síndrome respiratória aguda severa

A síndrome respiratória aguda severa foi reconhecida pela primeira vez em fevereiro de 2003, em Hanói (Vietnam). Pensa-se que se originou no sul da China em novembro de 2002 e que passou para Hong Kong (China) em fevereiro de 2003. Pouco tempo depois, em meados de março, a OMS a considerou como uma ameaça global. A partir de 5 de julho de 2003, 26 nações foram afetadas e houve 8.096 casos prováveis, com 774 mortes (501).

O Canadá e os Estados Unidos foram os únicos países das Américas que notificaram casos prováveis de SARS. A cidade de Toronto, no Canadá, foi a mais atingida na Região pela SARS, com 438 casos prováveis, incluindo 44 falecimentos. A quota no grupo de trabalhadores da saúde foi particularmente elevada: mais de 100 adoeceram e três morreram. Nos Estados Unidos, foram notificados 27 casos e nenhuma morte (502).

Pensa-se que o agente etiológico, o coronavírus de SARS (SARS-CoV), era um vírus próprio dos animais que conseguiu ultrapassar a barreira das espécies, passando dos animais para os humanos e adaptando-se de tal maneira que foi possível a transmissão de humano para humano (503). Ainda que o reservatório natural da SARS-CoV não tenha identificado ainda, várias espécies animais estão potencialmente envolvidas, dado que várias foram positivas ao teste da infecção pela SARS-CoV, incluindo as civetas-das-palmeiras mascaradas do Himalaia (*Paguma larvata*), os texugos furões da China (*Melogale moschata*), os Cães-mapache (*procyonoides de Nyctereutes*), os ferrets (*Mustela furo*) e os gatos domésticos (*Felis domesticus*) (502). Ainda estão em curso investigações acerca dos modos e vias de transmissão de animais para humanos ou para outras espécies animais.

Considera-se que a fonte mais provável das infecções recentes foi a exposição nos laboratórios que manejam o vírus para os fins de pesquisa ou de reservatórios animais. Desde julho de 2003,

ocorreram quatro eventos de reemergência da SARS, dos quais três se atribuíram a descumprimento das normas de segurança no laboratório e resultaram em um ou mais casos de SARS (Cingapura, Taipei e Pequim) (504, 505). O quarto evento ocasionou quatro casos esporádicos adquiridos na comunidade e que apareceram em um período de seis semanas, em Cantón, na província chinesa de Guangdong. Três dos casos se atribuíram à exposição a fontes animais ou ambientais, enquanto que, para o outro caso, se desconhece ainda a fonte de exposição. (504). Estes casos expõem a possibilidade do ressurgimento de um surto de SARS e, portanto, destacam a necessidade de que todos os países permaneçam atentos e mantenham sua capacidade para detectar e responder diante da doença.

Os alinhamentos da OMS para a vigilância mundial da SARS, com as recomendações atualizadas em outubro de 2004 (*WHO Guidelines for the Global Surveillance of severe acute respiratory syndrome (SARS). Updated Recommendations October 2004*), e o marco de referência da OMS para avaliar os riscos e a preparação diante da SARS (*WHO SARS Risk Assessment and Preparedness Framework*) são dois documentos destinados a seu uso conjunto

por parte dos países. O último introduz mudanças importantes na avaliação do risco global e na definição de casos de SARS, de tal maneira que substitui todos os alinhamentos prévios da OMS em matéria de vigilância e resposta diante da SARS. O primeiro estabelece um marco de referência, nos planos nacional e internacional, para avaliar o risco do ressurgimento de SARS e preparar os planos de contingência adequados.

Síndrome pulmonar por hantavírus

Nas Américas, a síndrome pulmonar por hantavírus (SPH) foi descrita pela primeira vez na América do Norte em 1993. Desde então e até 2004, a cifra total de casos foi de 2.196 e a quantidade anual média de casos notificados foi de 108. Argentina, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos, Panamá, Paraguai, Uruguai e Venezuela são os países que notificaram casos (quadro 38).

Não foi identificado nenhum outro vírus na Região, além dos descritos previamente, em particular os vírus Oran, Lechiguanas, Hu39694, vírus dos Andes, Río Mamore, Laguna Negra, Sin Nombre, Nova York, Bayou, Canal Black Creek, Choclo e Calabazo.

QUADRO 38. Casos da síndrome pulmonar por hantavírus, Região das Américas, 1993–2005.

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Argentina														
Casos	21	10	10	42	51	67	81	68	92	86	54	61	...	643
Óbitos					11					...	...	...	...	11
Bolívia														
Casos	3		1	1	7	6	2	1	5	8	11	7	18	70
Óbitos										...		2	3	5
Brasil														
Casos	3		1	3		11	28	56	77	75	84	159	167	664
Óbitos	2		1	3		7	12	19	24	...	...	53	...	121
Canadá														
Casos		8	3	3	7	6	2	1	...	44	14	...	...	88
Óbitos											...	...	...	...
Chile														
Casos			1	3	30	35	26	31	81	65	60	56	67	455
Óbitos			...	...	18	20	11	12	30	19	18	18	21	149
Estados Unidos														
Casos	21	20	14	15	18	24	30	35	8	13	22	19	27	266
Óbitos	27	12	10	7	5	9	13	11	3	10	9	7	9	132
Panamá														
Casos							3	21	5	2	4	...	...	35
Óbitos								1			2	...	...	3
Paraguai														
Casos		16	15	5	4	5	4	15	27	4	4	...	...	99
Óbitos			2	1	1	0	2	2	5	...	...	...	...	13
Uruguai														
Casos					2	3	12	8	4	9	10	...	...	48
Óbitos					1	2	1	1	0	3	5	...	...	13
Venezuela														
Casos										2	...	...	...	2
Óbitos										...	...	...	...	...
Total de casos	48	54	45	72	119	157	188	236	299	308	263	302	279	2370
Total de óbitos	29	12	13	11	25	49	39	45	63	32	34	80	33	465

QUADRO 39. Casos de cólera, Região das Américas, 1991–2005.

País/território	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Região das Américas	396.536	358.174	210.972	127.187	75.690	21.028	17.923	57.312	9.683	2.703	534	23	32	36	24
Argentina	—	553	2.080	889	188	474	637	12	1	1	—	—	—	—	—
Belize	—	159	135	6	19	26	2	28	12	—	—	—	—	—	—
Bermuda	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bolivia	206	22.260	10.134	2.710	3.136	2.847	1.632	466	—	—	—	—	—	—	—
Brasil	2.103	37.572	60.340	51.324	4.954	1.017	3.044	2.745	4.717	750	7	—	5 ^e	21	5
Canadá	3	5	7	2	5	3	—	3	3	5 ^d	6 ^e	4	—	3	7
Chile	41	73	32	1	—	1	4	24	—	—	—	—	—	—	—
Colômbia	16.800	13.287	609	996	1.922	4.428	1.508	442	20	1	—	—	—	2	—
Costa Rica	—	12	14	37	24	19	1 ^a	—	—	—	—	—	—	—	—
Equador	46.284	31.870	6.883	1.785	2.160	1.059	65	3.755	171	27	9	...	25	5	—
El Salvador	947	8.106	6.573	11.739	2.923	182	—	8	134	631 ^d	—	—	—	—	—
Estados Unidos	26	102	18	34	20	5	4 ^b	15 ^c	6 ^b	4 ^a	3	2 ^d	2 ^d	5	12 ^f
Guiana	1	16	2	...	...	...	...	—	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	3.664	15.861	30.821	16.779	7.970	1.568	1.263	5.970	2.077	178	13	1	—	—	—
Guiana Francesa	—	556	66	—	—	—	...	—	—	—	—	—	—	—	—
Honduras	17	407	4.013	5.049	4.717	708	90	306	56	15	1	—	—	—	—
México	2.690	8.162	10.712	4.059	16.430	1.088	2.356	71	9	5	1	—	—	—	—
Nicarágua	1	3.067	6.631	7.881	8.825	2.813	1.283	1.437	545	12	—	—	—	—	—
Panamá	1.178	2.416	42	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paraguai	—	—	3	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Peru	322.562	210.836	71.448	23.887	22.397	4.518	3.483	41.717	1.546	934	494	16	—	—	—
Suriname	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Venezuela	13	2.842	409	—	—	268	2.551	313	386	140	—	—	—	—	—

^{a1} caso importado.

^{b3} casos importados.

^{g8} casos importados.

^{d2} casos importados.

^{e5} casos importados; 1 desconhecido.

— Sem casos notificados.

... Dados não disponíveis.

Fonte: Ministérios da Saúde.

Atualizado: 10/2006.

Apesar da gravidade dos casos se vincular à estirpe viral específica e com a resposta imunológica do paciente, em geral as taxas de mortalidade por SPH diminuiram sistematicamente, passando de cerca de 50% de 1996 a 2000, para 30% entre 2001 e 2005, nos países que apresentavam as taxas mais elevadas (506).

Cólera

Desde a pandemia de cólera de 1991, na Região das Américas se observou uma diminuição estável no número de casos notificados (quadro 39). Em 2002 houve uma marcada diminuição, com apenas 23 casos notificados à OMS: 16 no Peru, 4 no Canadá, 2 nos Estados Unidos e 1 na Guatemala. Desde 2003 e durante todo 2005, a quantidade total de casos notificados na Região foi igualmente baixa, com 32, 35 e 24 casos, respectivamente. Cabe destacar que ao analisar os dados, Brasil, Canadá e os Estados Unidos notificaram consistentemente casos e fizeram a distinção entre os autóctones e aqueles importados. As características da ocorrência de casos de cólera na Região são aquelas de núcleos limitados que foram rapidamente contidos, com um muito baixo impacto sobre a saúde pública. Muitos países continuam pondo em prática a vigilância, tanto passiva como ativa, para a detecção dos *Vibrio cholerae* circulantes.

Referências

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe. Serie Desarrollo y Población N° 58. Santiago de Chile: CELADE; Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2005.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Desigualdades demográficas y desigualdad social: tendencias recientes, factores asociados y lecturas de política. Em: Panorama social de América Latina 2005. Santiago de Chile: CEPAL; 2005.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Transformaciones demográficas en América Latina y el Caribe y consecuencias para las políticas públicas. Em: Panorama social de América Latina 2004. Santiago de Chile: CEPAL; 2004.
- Chackiel J. La dinámica demográfica en América Latina. Serie Población y Desarrollo N° 52. Santiago de Chile: CELADE/CEPAL; 2004.
- Bloom D, Canning D, Weston M. The value of vaccination. *World Economics*. 2005;6(3):15–39.
- Organización Panamericana de la Salud. Prevención de enfermedades. Em: La salud en las Américas. Washington, DC: OPAS; 2002. (Publicación científica 587; 2 vol).
- Andrus JK, Fitzimmons J, de Quadros CA. Introduction of New and Under-utilized Vaccines: Perspectives from the Americas. Em: Andrus JK, de Quadros CA (eds.). Avances recientes en inmunización. 2a edición. Washington, DC: OPAS; 2006.
- Organización Panamericana de la Salud. Informe final de la “Comisión Taylor”. El impacto del Programa Ampliado de Inmunización y la iniciativa de erradicación de la poliomielitis en los sistemas de salud en las Américas. Washington, DC: OPAS; 1995.
- Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD31.R22. Programa Ampliado de Inmunización en las Américas. 31° Consejo Directivo. Washington, DC: OPAS; 1985.
- de Quadros CA, Andrus JK, Olivé JM, Macedo CG de, Henderson DA. Polio eradication from the Western Hemisphere. *Annu Rev Public Health*. 1992;12:239–52.
- Organización Mundial de la Salud. Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis 2005. Informe anual. Ginebra: OMS; 2006.
- World Health Organization. Resurgence of wild poliovirus type 1 transmission and effect of importation into polio-free countries, 2000–2005. *Wkly Epidemiol Rec*. 2006;81:61–8.
- Kew O, Morris-Glasgow V, Landaverde M, Burns C, Shaw J, Garib Z, et al. Outbreak of poliomyelitis in Hispaniola associated with circulating type 1 vaccine-derived poliovirus. *Science*. 2002;296(5566):356–9.
- Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. Public Health Dispatch: Acute Flaccid Paralysis Associated with Circulating Vaccine-Derived Poliovirus—Philippines, 2001. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2001;50(40):874–5.
- Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. Poliovirus Infections in Four Unvaccinated Children—Minnesota, August–October 2005. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2005;54:1–3.
- Organización Panamericana de la Salud. Boletín semanal de polio 2004;19(30). Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/sps1930.pdf>. Acesso em 19 de setembro de 2006.
- Organización Panamericana de la Salud. Informe final: XVII Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre enfermedades prevenibles por vacunación, Ciudad de Guatemala, Guatemala, 25–27 de julho de 2006. Washington, DC: OPAS, 2006.
- Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD37.R13. Programa Ampliado de Inmunización en las Américas. 37° Consejo Directivo de la OPAS; 45ª Sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, DC: OPAS; 1994.
- de Quadros CA, Izurieta H, Venczel L, Carrasco P. Measles eradication in the Americas: progress to date. *J Infect Dis*. 2004;189(Suppl 1):227–35.
- de Quadros CA, Olivé JM, Hersh BS, et al. Measles elimination in the Americas: evolving strategies. *JAMA*. 1996;275:224–9.

21. Pan American Health Organization. Measles Elimination Field Guide. Washington, DC: PAHO; 2005. (Publicação científica 605; 2ª edición).
22. Organización Panamericana de la Salud. ¡19 semanas sin notificación de transmisión del virus del sarampión en el continente americano! Bol PAI. 2003;25:1. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/sns2501.pdf>. Acesso em 15 de setembro de 2006.
23. de Quadros CA, Izurieta H, Carrasco P, Brana M, Tambini G. Progress toward measles eradication in the region of the Americas. J Infect Dis. 2003;187(Suppl 1):102–10.
24. Andrus JK, Vicari A, Tambini G, Periago MR. The global inter-relatedness of disease control. Lancet Infect Dis. 2007; 7(3):176.
25. Narváez B, Barrezueta O. La experiencia de Venezuela en la eliminación del sarampión. Em: Organización Panamericana de la Salud. La cultura de la prevención: un modelo de control para las enfermedades prevenibles por vacunación. XVIa Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre enfermedades prevenibles por vacunación, Ciudad de México, 3–5 de noviembre de 2004. Washington, DC: OPAS; 2004.
26. Organización Panamericana de la Salud. La cultura de la prevención: un modelo de control para las enfermedades prevenibles por vacunación. Informe final: XVIa Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre enfermedades prevenibles por vacunación, Ciudad de México, 3–5 de noviembre de 2004. Washington, DC: OPAS; 2004.
27. United Nations Children's Fund. Maternal and Neonatal Tetanus Elimination by 2005: Strategies for Achieving and Maintaining Elimination. Nova Iorque: UNICEF; 2000.
28. Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica de eliminación del tétanos neonatal. Washington, DC: OPAS; 2005. (Publicação científica 602; 2a edición).
29. Organización Panamericana de la Salud. Informe final: XIIIa Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre enfermedades prevenibles por vacunación, Quebec, Canadá, 12–16 de abril de 1999. Washington, DC: OPAS; 1999.
30. Organización Panamericana de la Salud. Informe final: XVIIIa Reunión sobre enfermedades prevenibles por vacunación de la Región de América Central, México y el Caribe latino, Antigua, Guatemala, 6–7 de junio de 2005. Washington, DC: OPAS; 2005.
31. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-preventable Diseases. 9th edition. Washington, DC: Public Health Foundation; 2006.
32. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. Preventing tetanus, diphtheria, and pertussis among adolescents: use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid and acellular pertussis vaccines. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Morb Mortal Wkly Rep. 2006;55:1–34.
33. Landazabal N, Burgos M, Pastor D. Brote de difteria en Cali (Valle), Colombia, agosto–octubre 2000. Bol Epidemiol. 2001;22(3):13–15.
34. Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica para el control de la difteria, tos ferina, tétanos, *Haemophilus influenzae* tipo b y hepatitis B. 2005 ed. Washington, DC: OPAS; 2005 (Publicação científica 604; 1a edición).
35. Haití, Ministry of Public Health and Population. Expanded Program on Immunization. Port-au-Prince; 2005. Inédito.
36. Cochi SL, O'Mara D, Preblud SR. Progress in *Haemophilus* type b polysaccharide vaccine use in the United States. Pediatrics. 1988;81:166–8.
37. Peltola H. *Haemophilus influenzae* type b disease and vaccination in Latin America and the Caribbean. Pediatr Infect Dis J. 1997;16(8):780–7.
38. World Health Organization. *Haemophilus influenzae* type b (Hib) meningitis in the prevaccine era: a global review of incidence, age distributions, and case-fatality rates. Geneva: WHO; 2002. (WHO/V&B/02.18).
39. República Dominicana, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. República Dominicana: vigilancia epidemiológica de las meningitis y neumonías bacterianas. Presentado en la reunión subregional de la OPAS sobre la vigilancia de la meningitis bacteriana y la neumonía en las Américas, Ciudad de México, México, 6–8 de marzo de 2000.
40. Schlech WF, Ward JI, Bard JD. Bacterial meningitis in the United States. J Infect Dis. 1986;153:8–16.
41. Organización Panamericana de la Salud. Informe final: XIIa Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre enfermedades prevenibles por vacunación, Ciudad de Guatemala, Guatemala, 3–5 de septiembre de 1997. Washington, DC: OPAS; 1997.
42. Ropero AM, Danovaro-Holliday MC, Andrus JK. Progress in vaccination against *Haemophilus Influenzae* type b in the Americas. J Clin Virol. 2005 Dec;34 Suppl 2:S14–9.
43. Organización Panamericana de la Salud. Informe final: XIVa Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre enfermedades prevenibles por vacunación, Foz de Iguaçu, Brasil, 2–5 de octubre de 2000. Washington, DC: OPAS; 2000.
44. Ropero AM, Danovaro-Holliday MC, Andrus JK. Progress in vaccination against *Haemophilus Influenzae* type b in the Americas. J Clin Virol. 2005 Dec;34(Suppl 2):S14–9.
45. Fay OH. Hepatitis B in Latin America: epidemiological patterns and eradication strategy. The Latin American Regional Study Group. Vaccine. 1990;8(Suppl):82–92.
46. de la Hoz F, Martínez M, Iglesias A, Rojas M. Factores de riesgo en la transmisión de hepatitis B en la Amazonia Colombiana. Biomedica. 1992;12:5–9.
47. Leon P, Venegas E, Bengoechea L, Rojas E, Lopez JA, Elola C. Prevalencia de las infecciones por virus de las hepatitis B, C, D y E en Bolivia. Rev Panam Salud Publica. 1999;5:144–51.

48. Silveira TR, da Fonseca JC, Rivera L, Fay OH, Tapia R, Santos JI, et al. Hepatitis B seroprevalence in Latin America. *Rev Panam Salud Publica*. 1999;6:378–383.
49. Tanaka J. Hepatitis B epidemiology in Latin America. *Vaccine*. 2000;18(Suppl 1):7–9.
50. Castillo-Solórzano C, Andrus JK. Rubella elimination and improving health care for women. *Emerg Infect Dis*. 2004;10(11):2017–21.
51. Danovaro-Holliday MC, LeBaron CW, Allensworth C, Raymond R, Borden TG, Murray AB, et al. A large rubella outbreak with spread from the workplace to the community. *JAMA*. 2000;284:2733–9.
52. Organización Panamericana de la Salud. Integración de la vigilancia del sarampión y la rubéola en las Américas. *Bol PAI*. 2000;22:2. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/hvp/hvi/sns2202.pdf>. Acesso em 15 de setembro de 2006.
53. Irons B, Lewis MJ, Dahl-Regis M, Castillo-Solórzano C, Carrasco P, de Quadros CA. Strategies to eradicate rubella in the English-speaking Caribbean. *Amer J Pub Health*. 2000;90(10):1545–9.
54. Caribbean Community, Council for Human and Social Development. Resolution on the elimination of rubella. Em: Report of the First Meeting of the Council for Human and Social Development, Kingston, Jamaica, 20–21 de abril de 1998. Georgetown: Council for Human and Social Development; 1998. Pág. 21–22. (Report 98/1/53).
55. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita: contribuyendo a la renovación de la atención primaria. *Boletín de Inmunización*. 2005 agosto;27(5):4. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/sns2704.pdf>. Acesso em 15 de setembro de 2006.
56. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. Achievements in public health: elimination of rubella and congenital rubella syndrome—United States, 1969–2004. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2005;54(11):279–82.
57. Organización Panamericana de la Salud. XVIIa Reunión del GTA. Protegiendo la salud de las Américas: avanzando de la vacunación de los niños a la de la familia. *Boletín de Inmunización*. 2006;28:4. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/sns2804.pdf>. Acesso em 6 de julho de 2007.
58. Organización Panamericana de la Salud. Reunión ad hoc de expertos para establecer las mejores prácticas de vigilancia del síndrome de rubéola congénita. *Boletín de Inmunización*. 2006;28:4. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/sns2804.pdf>. Acesso em 6 de julho de 2007.
59. Icenogle J. Nomenclature and molecular epidemiology of rubella virus in the Americas and the world. Presentado en la XVI Reunión del Grupo Asesor Técnico sobre enfermedades prevenibles por la vacunación. México, novembro de 2004.
60. Andrus JK, Periago MR. Elimination of rubella and congenital rubella syndrome in the Americas: another opportunity to address inequities in health. *Pan Am J Public Health*. 2004;15(3):145–6.
61. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CE126.R4. Vacunas e inmunización. 42º Consejo Directivo. Washington, DC: OPAS; 2000.
62. Organización Panamericana de la Salud. Inmunización en las Américas. Resumen 2006. Washington, DC: OPAS; 2006.
63. Andrus JK. Immunization: The Unfinished Agenda and Achieving the Millennium Development Goals. Presentado en el 46º Consejo Directivo, OPAS, Washington, DC, 28 de setembro de 2005.
64. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD44.R1. Mantenimiento de los programas de inmunización. Eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC). 44º Consejo Directivo. Washington, DC: OPAS; 2003.
65. World Health Organization. Global Immunization Vision and Strategy 2006–2015. Ginebra: WHO 2005. (WHO/IVB/05.05).
66. World Health Organization. Global Burden of Disease 2002 Estimates [site na Internet]. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002/en/index.html>. Acesso em 19 de setembro de 2006.
67. Organización Panamericana de la Salud. Vacunación contra influenza en grupos de riesgo en Costa Rica: una decisión basada en evidencia. *Bol PAI*. 2004;26:3. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/sns2603.pdf>. Acesso em 15 de setembro de 2006.
68. Organización Panamericana de la Salud. Control de la influenza en El Salvador. *Boletín de Inmunización*. 2006;28:2. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/AD/FCH/IM/sns2802.pdf>. Acesso em 16 de setembro de 2006.
69. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Morb Mortal Wkly Rep*. 2006;55:RR–10.
70. Parashar UD, Hummelman EG, Bresee JS, Miller MA, Glass RI. Global illness and deaths caused by rotavirus disease in children. *Emerg Infect Dis*. 2003;9(5):565–72.
71. Vesikari T, Matson DO, Dennehy P, Van Damme P, Santosham M, Rodriguez Z, et al. Safety and efficacy of a pentavalent human-bovine (WC3) reassortant rotavirus vaccine. *N Engl J Med*. 2006;354:23–33.
72. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. Withdrawal of rotavirus vaccine recommendation. *Morb Mortal Wkly Rep*. 1999;48:1007.
73. Danovaro-Holliday MC, Wood AL, LeBaron CW. Rotavirus vaccine and the news media, 1987–2001. *JAMA*. 2002;287(11):1455.
74. Organización Panamericana de la Salud. Expertos se reúnen en la Ciudad de México para discutir sobre rotavirus. *Bol PAI*. 2004;26:5. Disponível em: <http://www.paho.org/>

- spanish/ad/fch/im/sns2605.pdf. Acesso em 15 de setembro de 2006.
75. Carmona RC, Timenetsky MC, Morillo SG, Richtzenhain LJ. Human rotavirus serotype G9, Sao Paulo, Brazil, 1996–2003. *Emerg Infect Dis.* 2006;12(6):963–8.
 76. Gentsch JR, Laird AR, Bielfelt B, Griffin DD, Bányai K, Ramachandran M, et al. Serotype diversity and reassortment between human and animal rotavirus strains: implications for rotavirus vaccine programs. *J Infect Dis.* 2005;192: S146–159.
 77. Castello AA, Arvay ML, Glass RI, Gentsch J. Rotavirus strain surveillance in Latin America. A review of the last nine years. *Pediatr Infect Dis J.* 2004;23:168–72.
 78. Urbina D, Rodriguez JG, Arzuza O, Parra E, Young G, Castro R. G and P genotypes of rotavirus circulating among children with diarrhea in the Colombian northern coast. *Int Microbiol.* 2004;7:113–20.
 79. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005: ¡Cada madre y cada niño contarán! Ginebra: OMS; 2005.
 80. Garcia S, Levine OS, Cherian T, Gabastou JM, Andrus J. Pneumococcal disease and vaccination in the Americas: an agenda for accelerated vaccine introduction. *Pan Am J Public Health.* 2006;19(5):340–8.
 81. World Health Organization. Pneumococcal vaccines. *Wkly Epidemiol Record.* 2003;14:110–9.
 82. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, IARC CancerBase No. 5, version 2.0. Lyon: IARC Press; 2004. Disponível em: www-depdb.iarc.fr/globocan/GLOBOframe.htm. Acesso em 15 de setembro de 2006.
 83. Harper DM, Franco EL, Wheeler C, Ferris DG, Jenkins D, Schuid A, et al. Efficacy of a bivalent L1 viruslike particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2004;364(9447):1757–65.
 84. Harper DM, Franco EL, Wheeler CM, Moscicki AB, Romanowski B, Roteli-Martins CM, et al. Sustained efficacy up to 4–5 years of a bivalent L1 virus-like particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: follow-up from a randomized control trial. *Lancet.* 2006;367(9518):1247–55.
 85. Villa LL, Costa RL, Petta CA, Andrade RP, Ault KA, Giuliano AR, et al. Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: a randomized double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial. *Lancet Oncology.* 2005;6(5):271–8.
 86. Paavonen J. Efficacy of a quadrivalent HPV (types 6/11/18) L1 virus-like particle (VLP) vaccine against vaginal and vulvar precancerous lesions: a combined analysis. (American Society of Clinical Oncology, Atlanta, Georgia, 2–6 de junho de 2006.)
 87. Organización Panamericana de la Salud. Sosteniendo los programas nacionales de inmunización en el contexto de la introducción de nuevas vacunas y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. *Boletín de Inmunización.* 2005;27:5. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/sns2705.pdf>. Acesso em 19 de setembro de 2006.
 88. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la legislación relativa a la inmunización en las Américas. *Boletín de Inmunización.* 2006;28(2):5. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/sns2802.pdf>. Acesso em 19 de setembro de 2006.
 89. Pan American Health Organization. Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998–2004. Disponível em: <http://www.paho.org/English/AD/DPC/CD/mal-2005.htm>. Acesso em 20 de julho de 2006.
 90. Carter KH, Escalada RP. Malaria in the Americas 2006: Regional Situation, Challenges, and Strategies. *Epidemiol Bull.* 2006. (En prensa).
 91. Pan American Health Organization. Regional Strategic Plan for Malaria in the Americas, 2006–2010. Washington, DC: PAHO; 2006. Disponível em: <http://www.paho.org/English/AD/DPC/CD/mal-reg-strat-plan-06.pdf>. Acesso em 30 de outubro de 2006.
 92. Pan American Health Organization. 2007 Malaria in the Americas Report. Washington DC: PAHO; 2007. (En prensa).
 93. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos. Washington, DC: OPAS; 2006.
 94. Najera JA, Zaim M. Malaria Vector Control: Decision Making Criteria and Procedures for Judicious Use of Insecticides. Ginebra: WHO/CDS/WHOPES; 2003. Disponível em: http://whqlibdo.c.who.int/hq/2003/WHO_CDS_WHOPES_2002.5_Rev.1.pdf. Acesso em 20 de julho de 2006.
 95. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación de los programas contra la malaria en las Américas según la base de datos de 2001. Washington, DC: OPAS; 2002.
 96. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación de los programas contra la malaria en las Américas según la base de datos de 2000. Washington, DC: OPAS; 2001.
 97. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación de los programas contra la malaria en las Américas según la base de datos de 1999. Washington, DC: OPAS; 2000.
 98. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación de los programas contra la malaria en las Américas según la base de datos de 1998. Washington, DC: OPAS; 1999.
 99. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD42.R15. Informe final. Iniciativa hacer retroceder el pa-

- ludismo en el Región de las Américas. 42o Consejo Directivo. Washington, DC: OPAS; 2000.
100. Pan American Health Organization. Population living in malaria-endemic areas in the Americas, 1994–2004 [cuadro]. Disponible em: <http://www.paho.org/english/ad/dpc/cd/mal-status-2004.pdf>. Acceso em 20 de julho de 2006.
 101. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD46.R13. La malaria y los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados, incluyendo los contenidos en la Declaración del Milenio. 46o Consejo Directivo. Disponible em: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/cd46.r13-s.pdf>. Acceso em 20 de julho de 2006.
 102. Guha-Sapir D, Schimmer B. Dengue fever: new paradigms for a changing epidemiology. *Emerg Themes Epidemiol*. 2005 Mar 2;2(1):1–10.
 103. Meltzer MI, Rigau-Perez JG, Clark GG, Reiter P, Gubler DJ. Using disability-adjusted life years to assess the economic impact of dengue in Puerto Rico: 1984–1994. *Am J Trop Med Hyg*. 1998 Aug;59(2):265–71.
 104. Organización Panamericana de la Salud. Número de casos de dengue y dengue hemorrágico, Región de las Américas (por país y subregión) [quadros]. Disponible em: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/dengue.htm>. Acceso em novembro de 2006.
 105. Halstead SB, Streit TG, Lafontant JG, Putvatana R, Russell K, Sun W, et al. Haiti: absence of dengue hemorrhagic fever despite hyperendemic dengue virus transmission. *Am J Trop Med Hyg*. 2001 Sep;65(3):180–3.
 106. Rodríguez Cruz R. Estrategias para el control del dengue y del *Aedes aegypti* en las Américas. *Rev Cubana Med Trop*. 2002 sep–dic;54(3).
 107. Organización Panamericana de la Salud. Marco de referencia: nueva generación de programas de prevención y control del dengue en las Américas. Washington, DC; OPAS; 2001.
 108. San Martin JL, Prado M. Risk perception and strategies for mass communication on dengue in the Americas. *Rev Panam Salud Publica*. 2004 Feb;15(2):135–9.
 109. Organización Mundial de la Salud. Comunicación para impactar la conducta (COMBI). Em: Parks W, Lloyd L. Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del dengue. Guía paso a paso. Ginebra: OMS; 2004. (WHO/CDS/WMC/2004.2).
 110. Parks W, Lloyd L. Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del dengue: guía paso a paso. Ginebra: OMS; 2004. (WHO/CDS/WMC/2004.2).
 111. Organización Mundial de la Salud. Plan Estratégico Global para el Manejo Integrado de Vectores. Ginebra: OMS; 2004.
 112. World Health Organization. Strategic Plan for Integrated Vector Management in the Americas. Proposal to support implementation of IVM as a Regional Strategy in the Americas. Draft 6.0. Inédito.
 113. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. La implementación del DengueNet en las Américas. Ginebra: OMS; 2003. Disponible em: <http://www.who.int/csr/resources/publications/dengue/whocdscsrgar20038sp.pdf>.
 114. Ecoclubes International. Disponible em: <http://www.ecoclubes.org/DENGUE/ingles/dengue.asp>. Acceso em outubro de 2006.
 115. Organización Mundial de la Salud, Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR). Dirección para la investigación estratégica. Disponible em: <http://www.who.int/tdr/diseases/dengue/direction.htm>. Acceso em julho de 2006.
 116. South Korea, International Vaccine Institute. Pediatric Dengue Vaccine Initiative (PDVI). Disponible em: <http://www.pdvi.org/>. Acceso em agosto de 2006.
 117. Blaney JE Jr, Durbin AP, Murphy BR, Whitehead SS. Development of a live attenuated dengue virus vaccine using reverse genetics. *Viral Immunol*. 2006 Spring;19(1):10–32.
 118. Shepard DS, Suaya JA, Halstead SB, Nathan MB, Gubler DJ, Mahoney RT, et al. Cost effectiveness of a pediatric dengue vaccine. *Vaccine*. 2004;22:1275–80.
 119. Kroeger A, Lenhart A, Ochoa M, Villegas E, Levy M, Alexander N, et al. Effective control of dengue vectors with curtains and water container covers treated with insecticide in Mexico and Venezuela: cluster randomised trials. *BMJ*. 2006 May 27;332(7552):1247–52.
 120. Briceño-León R. La casa enferma: sociología de la enfermedad de Chagas. Caracas: Acta Científica Venezolana; 1990.
 121. Organización Panamericana de la Salud. Informe de un grupo de estudio sobre estrategias de control de la enfermedad de Chagas. (PNSP/87.03). Washington, DC: OPAS; 1987.
 122. Organización Mundial de la Salud. Control de la enfermedad de Chagas. Ginebra: OMS; 2000.
 123. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Washington, DC: Banco Mundial; 1993.
 124. Organización Panamericana de la Salud. Análise de Custo-Efetividade do Programa de Controle da Doença de Chagas no Brasil. Brasília: OPAS; 2000.
 125. Organización Panamericana de la Salud. El control de la enfermedad de Chagas en los países del Cono Sur de América. Historia de una iniciativa internacional. 1991/2001. Washington, DC: OPAS; 2002. Disponible em: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/dch-historia-incosur.PDF>.
 126. Organización Panamericana de la Salud; Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo; Fundación Oswaldo Cruz. Memorias de la 2ª Reunión de la Iniciativa Intergubernamental de Vigilancia y Prevención de la Enfermedad de Chagas en la Amazonia, Cayena, Guayana Francesa, 2–4 de noviembre de 2005. Montevideo: IDRC; 2006.
 127. Salvatella R, Schofield CJ. Enfermedad de Chagas. Iniciativas para el control de la enfermedad en Latinoamérica. *Bio-medicina*. 2006;1(2):48–55.

128. Uranga N, Herranz E. Chagas: enfermedad silenciosa y silenciada. Barcelona: Médicos sin Fronteras; 2002.
129. Taylor LH, Latham SM, Woolhouse ME. Risk factors for human disease emergence. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2001;359(1411):983–9.
130. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Sistema de Información Regional de la Rabia en las Américas. Disponível em: <http://siepi.panaftosa.org.br/Painel.aspx>.
131. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Regional de Datos Básicos. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata.htm> Acesso em 25 de maio de 2006.
132. Organización Mundial de Sanidad Animal. Sistema Handistatus. OIE; 2006. Disponível em: <http://www.oie.int/hs2/report.asp?lang=en>. Acesso em 6 de novembro de 2006.
133. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la rabia humana transmitida por perro en América Latina. Washington, DC: OPAS; 2005.
134. Schneider MC, Belotto A, Ade MP, Hendrickx S, Leanes L F, Rodrigues MJ, et al. Status of dog-transmitted human rabies in Latin America. *Cad Saude Publica.* (En prensa).
135. Belotto A, Leanes LF, Schneider MC, Tamayo H, Correa E. Overview of rabies in the Americas. *Virus Research.* 2005;111:5–12.
136. Schneider MC, Belotto A, Adé MP, Leanes LF, Correa E, Tamayo H, et al. Situación epidemiológica de la rabia humana transmitida por perros en América Latina en 2004. *Bol Epidemiol.* 2005;26(1):2–4. Disponível em: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/EB_v26n1.pdf.
137. Schneider MC, Burgoa CS. Algunas consideraciones sobre la rabia humana transmitida por murciélago. *Rev Salud Publica Mex.* 1995;37(4).
138. Acha PN, Szyfres B. Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales, 3a edición. Washington, DC: OPAS; 2001.
139. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/svs/area.cfm?id_area=451. Acesso em 28 de julho de 2006.
140. Organización Panamericana de la Salud. Reunión constitutiva proyecto subregional Cono Sur de control y vigilancia de la hidatidosis, Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. Informe final. 2005. Disponível em: http://www.panaftosa.org.br/inst/zoonosis/HIDATIDOSIS/informe_final_hid.doc. Acesso em 3 de novembro de 2006.
141. Estados Unidos, Department of Agriculture, Animal and Plant Health Inspection Service. Cooperative State/Federal Brucellosis Eradication Program Status Report, Fiscal Year 2005. USDA; 2005. Disponível em: http://www.aphis.usda.gov/vs/nahps/brucellosis/yearly_report/yearly-report.html. Acesso em 3 de novembro de 2006.
142. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Brucelosis y tuberculosis M.bovis. Situación de los programas en las Américas, 2000. Disponível em: www.panaftosa.org.br/inst/texto_brucelosis.htm. Acesso em 3 de novembro de 2006.
143. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la erradicación de la tuberculosis bovina en las Américas. Fase I. OPAS; 2000.
144. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Informe sobre la epidemia mundial de sida. Ginebra: ONUSIDA; 2006.
145. Pan American Health Organization; World Health Organization; Joint United Nations Program on HIV/AIDS. HIV and AIDS in Latin America and the Caribbean: the evolving epidemic and response and the challenges ahead. (Informe inédito, dezembro de 2005).
146. Pan American Health Organization; World Health Organization, Regional HIV/STI Plan for the Health Sector, 2006–2015. PAHO/WHO; 2006.
147. Adams OP, Carter AO. Feasibility of a population based survey on HIV prevalence in Barbados, and population preference for sample identification method. University of the West Indies, Barbados/Caribbean Health Research Council; 2005.
148. Estados Unidos, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2004 Supplement. Syphilis Surveillance Report. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2005. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/Syphilis2004/SyphSurvSupp2004.pdf>.
149. Pan American Health Organization, World Health Organization. Adolescent Health in the Caribbean. PAHO; 2007.
150. Clark S, Bruce J, Dude A. Protecting young women from HIV/AIDS: the case against child and adolescent marriage. *International Family Planning Perspectives.* 2006;32(2).
151. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004. Ginebra: ONUSIDA; 2004.
152. Lloyd C (ed.). Growing up Global: The Changing Transition to Adulthood in Developing Countries. Washington, DC: National Academies Press; 2005. Disponível em: <http://www.nap.edu>.
153. World Health Organization. 3 by 5 Initiative: AIDS treatment in children. 2005. Disponível em: <http://www.who.int/3by5/paediatric/en/>.
154. Estados Unidos, Population Council. Power in sexual relationships: an opening dialogue among reproductive health professionals. Nova Iorque; 2001. Disponível em: <http://www.popcouncil.org>.
155. Bill & Melinda Gates Foundation; Henry J. Kaiser Family Foundation, Global HIV Prevention Group. New Approaches to HIV Prevention: Accelerating Research and Ensuring Future Access. 2006. Disponível em: <http://www.gatesfoundation.org>; <http://www.kff.org>.
156. United Nations Millennium Project Task Force on HIV/AIDS, Malaria, TB and Access to Essential Medicines. Com-

- bating AIDS in the Developing World. Londres: Earthscan; 2005.
157. Velzeboer M, Ellsberg MC, Garcia Moreno A. Violencia contra las mujeres: responde al sector salud. Washington, DC; OPAS/OMS; 2003.
 158. Marthur S, Greene M, Malhotra A. Too young to wed: the lives, rights, and health of young married girls. Washington, DC: International Center for Research on Women; 2003.
 159. Yeager J, Fogel J. Male disclosure of sexual abuse and rape. *Topics in Advanced Practice Nursing Ejournal*. 2006;6(1). Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/558821>.
 160. Frasca T. Men and women—still far apart on HIV/AIDS. *Reproductive Health Matters*. 2003;11(22):12–20.
 161. Boender C, Santana D, Santillan D, Hardee K, Greene ME, Schuler S. The 'So What?' Report: A Look at Whether Integrating Gender Focus into Programs Makes a Difference to Outcomes. Interagency Gender Working Group Task Force Report. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2004. Disponível em: www.prb.org.
 162. Gupta G. Vulnerability and Resilience: Gender and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean. Sustainable Development Technical Papers Series. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 2003.
 163. Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group. Efficacy of voluntary HIV-1 counseling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania and Trinidad: a randomized trial. *Lancet*. 2000;356:103–12.
 164. Okie S. Fighting HIV: lessons from Brazil. *New Eng J Med*. 2006;354(19):1977–81.
 165. Kirby D, Laris BA, Roller L. Impact of sex and HIV education programs on sexual behaviors of youth in developing and developed countries. Research Triangle Park: Family Health International; 2005.
 166. Estados Unidos, National Academy of Sciences, Institute of Medicine. No Time to Loose: Getting More from HIV Prevention. Washington, DC: National Academy; 2001. Pág. 118.
 167. O'Reilly KR, Medley A, Dennison J, Sweat MD. Systematic review of the impact of abstinence-only programmes on risk behavior in developing countries (1990–2005). Toronto, International AIDS Conference, 2006.
 168. World Health Organization. Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2005. Geneva: OMS; 2006. (WHO/HTM/TB/2006.362).
 169. Organización Mundial de la Salud; Alianza Alto a la Tuberculosis. La estrategia alto a la TB. Geneva: OMS; 2006. (WHO/HTM/TB/2006.368).
 170. Organización Mundial de la Salud; Alianza Alto a la Tuberculosis. Plan Mundial para Detener la Tuberculosis. 2006–2015. Geneva: OMS; 2006.
 171. Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de Tuberculosis, 2006–2015. Washington DC: OPAS; 2006.
 172. Organización Mundial de la Salud. Política Interina sobre Actividades Colaborativas TB/VIH. Geneva: OMS; 2004.
 173. Tupasi TE, Gupta R, Quelapio MID, Orillaza RB, Mira NR, et al. Feasibility and cost-effectiveness of treating multi-drug-resistant tuberculosis: a cohort study in the Philippines. *PLoS Medicine*. 2006 September;3(9):e352.
 174. World Health Organization. A Primary Health Care Strategy for the Integrated Management of Respiratory Conditions in People of Five Years of Age and Over. Geneva: WHO; 2005. (WHO/HTM/TB/2005.351).
 175. World Health Organization. Practical Approach to Lung Health. Respiratory Care in Primary Care Settings: A Survey in 9 Countries. Geneva: WHO; 2004. (WHO/HTM/TB/2004.333).
 176. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para aliviar la carga de la lepra y sostener las actividades de control de la enfermedad (período del Plan: 2006–2010). Geneva: OPAS/ OMS; 2005. (WHO/CDS/CPE/CEE/2005.53).
 177. Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL, eds. Global Burden of Disease and Risk Factors. Washington, DC: World Bank; 2006.
 178. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Geneva: OMS; 2005.
 179. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CE130.R13. La respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas. 26a Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, DC: OPAS; 2002. (CSP26/15).
 180. Barceló A, Aedo C, Swapnil R, Robles S. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bull World Health Organ*. 2003;81(1):19–27.
 181. Estados Unidos, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. The Burden of Chronic Diseases and Their Risk Factors. National and State Perspectives. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2004.
 182. Arredondo A, Zúñiga A, Parada I. Health care costs and financial consequences of epidemiological changes in chronic diseases in Latin America: evidence from Mexico. *Public Health*. 2005;119:711–20.
 183. Caribbean Commission on Health and Development. Report of the Caribbean Commission on Health and Development. Kingston: Ian Randle Publishers; 2006.
 184. McKay J, Mensah G. The atlas of heart disease and stroke. Geneva: WHO; 2004.
 185. Organización Panamericana de la Salud, Análisis de Salud y Estadística. Base de datos de mortalidad. Washington, DC: OPAS; 2006.
 186. Rodríguez T, Malvezzi M, Chatenoud L, Bosetti C, Levi F, Negri E, et al. Trends in mortality from coronary heart and cerebrovascular diseases in the Americas: 1970–2000. *Heart*. 2006;92:453–60.
 187. Ciruzzi M, Schargrodsky H, Pramparo P, Rivas Estany E, Rodríguez Naude L, de la Noval García R, et al. Attributable risk for acute myocardial infarction in four countries of Latin America. *Medicina*. 2003;63(6):697–703.

188. Bosetti C, Malvezzi M, Chatenoud L, Negri E, Levi F, La Vecchia C. Trends in cancer mortality in the Americas, 1970–2000. *Ann Oncol.* 2005;16:489–511.
189. Organización Mundial de la Salud. Base de datos de mortalidad actualizada en julio de 2006. Disponível em: <http://www-dep.iarc.fr/>. Acesso em 14 de setembro de 2006.
190. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, Biostatistics and Epidemiology Cluster, Descriptive Epidemiology Group. GLOBOCAN 2002. [Base de dados]. Lyon: IARC; 2002. Disponível em: <http://www-dep.iarc.fr/>. Acesso em 14 de setembro de 2006.
191. Robles S, Galanis E. Breast cancer in Latin America and the Caribbean: Raising awareness of the options. Washington DC: PAHO; 2001.
192. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care.* 2004;27(5):1047–53.
193. Gregg EW, Cadwell BL, Cheng YJ, Cowie CC, Williams DE, Geiss L, et al. Trends in the prevalence and ratio of diagnosed to undiagnosed diabetes according to obesity levels in the US. *Diabetes Care.* 2004;27:2806–12.
194. Estados Unidos, American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 2006;Suppl1:S43–S48.
195. Imperatore G, Cheng YJ, Williams DE, Fulton J, Gregg EW. Physical activity, cardiovascular fitness, and insulin sensitivity among U.S. adolescents: the National Health and Nutrition Examination Survey 1999–2002. *Diabetes Care.* 2006;29(7):1567–72.
196. del Rio-Navarro BE, Velazquez-Monroy O, Sanchez-Castillo CP, Lara-Esqueda A, Berber A, Fanghanel G, et al. The high prevalence of overweight and obesity in Mexican children. *Obes Res.* 2004;12(2):215–23.
197. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. Sensitivity of Death Certificate Data for Monitoring Diabetes Mortality. *Diabetes Eye Disease Follow-up Study, 1985–1990. Morb Mortal Wkly Rep.* 1991;40:739–41.
198. Barceló A, Peláez M, Rodriguez-Wong L, Pastor-Valero M. The prevalence of diagnosed diabetes among the elderly of seven cities in Latin America and the Caribbean. *J Aging Health.* 2006;18(2):224–39.
199. Hennis A, Wu SY, Nemesure B, Li X, Leske MC, Barbados Eye Study Group. Diabetes in a Caribbean population: epidemiological profile and implications. *Int J Epidemiol.* 2002; 31(1):234–9.
200. Belice, Ministry of Health; Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI). Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas. Ciudad de Belice, Belice. Washington, DC: OPAS/OMS; 2007.
201. Klein-Geltink JE, Choi BCK, Fry RN. Multiple exposures to smoking, alcohol, physical inactivity and overweight: prevalences according to the Canadian Community Health Survey Cycle 1.1. *Chronic Dis Can.* 2006;27(1):25–33.
202. Ferreccio C, Margoziini P, Gonzalez Psic C, Gederlini Stat A, et al. High Prevalence and Inequity of Chronic Diseases: The First National Health Survey of Chile. 2007. (En prensa).
203. Costa Rica, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI). Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas, área metropolitana San José, Costa Rica. Washington, DC: OPAS/OMS; 2007. (En prensa).
204. El Salvador, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI). Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas, San Salvador, El Salvador. Washington, DC: OPAS/OMS; 2007. (En prensa).
205. Cowie CC, Rust KF, Byrd-Holt DD, Eberhardt MS, Flegal KM, Engelgau MM, et al. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in adults in the U.S. population. National health and nutrition examination survey 1999–2002. *Diabetes Care.* 2006; 29(6):1263–8.
206. Estados Unidos, National Center for Health Statistics. Health, United States, 2005. With chartbook on trends in the health of Americans. Hyattsville: U.S. Department of Health and Human Services; 2005.
207. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, McDowell MA, et al. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999–2004. *JAMA.* 2006;295(13):1549–55.
208. Guatemala, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI). Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas, Villa Nueva, Guatemala. Washington, DC: OPAS/OMS; 2007. (En prensa).
209. Jean-Baptiste ED, Larco P, Charles-Larco N, Vilgrain C, Simon D, Charles R. Glucose intolerance and other cardiovascular risk factors in Haiti. Prevalence of diabetes and hypertension in Haiti. *Diabetes Metab.* 2006;32(5):443–51.
210. Honduras, Secretaría de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI). Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas, Tegucigalpa, Honduras. Washington, DC: OPAS/OMS; 2007. (En prensa).
211. Aguilar-Salinas CA, Velazquez-Monroy O, Gómez-Pérez FJ, Gonzalez Chávez A, Esqueda AL, Molina Cuevas V, et al. Characteristics of patients with type 2 diabetes in Mexico. Results from a large population-based nationwide survey. *Diabetes Care.* 2003;26(7):2021–26.
212. Velázquez Monroy O, Rosas Peralta M, Lara Esqueda A, Pastelón Hernández G, Attie F, Tapia-Conyer R. Grupo Encuesta Nacional de Salud 2000. Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Archivos de Cardiología de México.* 2002;72(1):71–84.
213. Sanchez-Castillo CP, Velazquez-Monroy O, Berber A, Lara-Esqueda A, Tapia-Conyer R, James WP. Anthropometric cutoff points for predicting chronic diseases in the Mexican National Health Survey 2000. *Obes Res.* 2003;11(3):442–51.

214. Nicaragua, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI). Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas, Managua, Nicaragua. Washington, DC: OPAS/OMS; 2007. (En prensa).
215. Pan American Health Organization. The U.S.-Mexico border diabetes prevention and control project. First report of results. Disponível em: <http://www.fep.paho.org/english/publicaciones/Diabetes/Diabetes%20first%20report%20of%20Results.pdf>. Acesso em 21 de fevereiro de 2007.
216. Hennis A, Wu SY, Nemesure B, Leske MC; Barbados Eye Studies Group. Hypertension prevalence, control and survivorship in an Afro-Caribbean population. *J Hypertens*. 2002; 20(12):2363–9.
217. México, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. Tercera edición. México: SSA; 1996.
218. Velazquez-Monroy O, Rosas Peralta M, Lara Esqueda A, Pastelin Hernandez G, Sanchez-Castillo C, Attie F, et al. Prevalence and interrelations of noncommunicable chronic diseases and cardiovascular risk factors in Mexico. Final outcomes from the National Health Survey 2000. *Arch Cardiol Mex*. 2003;73(1):62–77.
219. Ordunez P, Munoz JL, Espinosa-Brito A, Silva LC, Cooper RS. Ethnicity, education, and blood pressure in Cuba. *Am J Epidemiol*. 2005;162(1):49–56.
220. Rosas Peralta M, Lara Esqueda A, Pastelin Hernandez G, Velazquez Monroy O, Martinez Reding J, Mendez Ortiz A, et al. National re-survey of arterial hypertension (RENAHTA). Mexican consolidation of the cardiovascular risk factors. National follow-up cohort. *Arch Cardiol Mex*. 2005; 75(1): 96–111.
221. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364:937–52.
222. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Conjunto de acciones para la reducción multifactorial de enfermedades no transmisibles (CARMEN). Washington, DC: OPAS/OMS; 2003.
223. Banegas J, Rodríguez F, Graciani A. Interacción de los factores de riesgo en las enfermedades crónicas. *Rev Esp Salud Publica*. 2002;76:1–5.
224. Baena JM, Álvarez B, Piñol P, Martín R, Nicolau M, Altès A. Asociación entre la agrupación (clustering) de factores de riesgo cardiovascular y el riesgo de enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Salud Publica*. 2002;76:7–15.
225. Gómez LF, Lucumí DI, Girón SL, Espinosa G. Conglomeración de factores de riesgo de comportamiento asociados a enfermedades crónicas en adultos jóvenes de dos localidades de Bogotá, Colombia: importancia de las diferencias de género. *Rev Esp Salud Publica*. 2004;78:493–504.
226. Warner KE, MacKay J. The global tobacco disease pandemic: nature, causes, and cures. *Global Pub Health*. 2006; 1(1):65–86.
227. Estados Unidos, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. The Burden of Chronic Diseases and Their Risk Factors. National and State Perspectives. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2002.
228. Mackay J, Eriksen M, Shafey O. El atlas del tabaco. Atlanta: American Cancer Society; 2006.
229. Jacoby E, Bull F, Neiman A. Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas [editorial]. *Rev Panam Salud Publica*. 2003;14(4):223–5.
230. Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una consulta mixta de expertos OMS/FAO. Ginebra: OMS; 2003.
231. World Health Organization. Global InfoBase [base de datos]. Ginebra: WHO. Disponível em: <http://infobase.who.int>. Acesso em 10 de setembro de 2006.
232. Lara A, Rosas M, Pastelin G, Aguilar C, Attie F, Velásquez O. Hipercolesterolemia e hipertensión arterial en México. Consolidación urbana actual con obesidad, diabetes y tabaquismo. *Arch Cardiol de Mex*. 2004;74(3):231–45.
233. Argentina, Ministerio de Salud y Ambiente. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente; 2006.
234. Chile, Ministerio de Salud. Resultados Encuesta de Salud, Chile 2003. Santiago: Ministerio de Salud; 2004.
235. Miranda M, Landmann C, Borges PR. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. *Cad Saude Publica*. 2005;21(Suppl):S43–S53.
236. Jacoby E, Goldstein J, López A, Núñez E, López T. Social class, family, and life-style factors associated with overweight and obesity among adults in Peruvian cities. *Prev Med*. 2003;37:396–405.
237. Goldstein J, Jacoby E, del Agila R, López A. Poverty is a predictor of non-communicable disease among adults in Peruvian cities. *Prev Med*. 2005;41:800–6.
238. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPAS/OMS; 2004.
239. World Health Organization. The Preliminary Report of the Global Survey on Assessing the Progress in National Chronic Diseases Prevention and Control. Ginebra: WHO; 2006.
240. Estados Unidos, Harvard School of Public Health, Center for Population and Development Studies. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press; 1990.
241. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18(4/5):229–40.

242. Andrade LH, Lolio CA, Gentil V, Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Psiquiatr Clin.* 1999;26:257–62.
243. Saldivia S, Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Torres S. Use of mental health services in Chile. *Psychiatr Serv.* 2004;55:71–6.
244. Bonander J, Kohn R, Arana B, Levav I. An anthropological and epidemiological overview of mental health in Belize. *Transcult Psychiatry.* 2000;37:57–72.
245. Kohn R, Levav I, Donair I, Machuca M, Tamashiro R. Psychological and psychopathological reactions in Honduras following Hurricane Mitch: implications for service planning. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;18(4/5):287–95.
246. Rodríguez J, Barret T, Saxena S, Narvaez S, Levav I. Los servicios de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua. (em preparação).
247. Organización Mundial de la Salud. Atlas de salud mental 2005. Ginebra: OMS; 2005.
248. Caldas de Almeida JM. Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;18(4/5):314–26.
249. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
250. Organización Panamericana de Salud. Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental. 47º Consejo Directivo. Washington, DC: OPAS; 2006. (CD47/14).
251. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003;31(Suppl.1):3–24.
252. Organización Panamericana de la Salud. Promoviendo la salud oral en la Región. Reunión Regional de Jefes de Salud Oral, La Habana, OPAS, 2004.
253. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y programáticas para 1999–2002. Washington, DC: OPAS; 1999.
254. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th edition. Ginebra: WHO; 1997.
255. Estupiñán-Day S. Promoting Oral Health: The Use of Salt Fluoridation to Prevent Dental Caries. Washington, DC: PAHO; 2005. (Publicação científica e técnica 615).
256. de Crouzas P, Marthaler TM, Wiesner V, Bandi A, Steiner M, Robert A, Meyer R. Caries prevalence in children after 12 years of salt fluoridation in a canton of Switzerland. *Schweiz Monatsschr Zahnheilk.* 1985;95(9):805–15.
257. Toth K. Ten years domestic salt fluoridation in Hungary. *Acta Paediatr Acad Sci Hung.* 1978;19(4):319–27.
258. Estupiñán-Day SR, Baez R, Horowitz H, Warpeha R, Sutherland B, Thamer M. Salt fluoridation and dental caries in Jamaica. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001;29:247–52.
259. Dean HT, Arnold FA Jr, Jay P, Knutson JW. Studies on mass control of dental caries through fluoridation of the public water supply. *Public Health Rep.* 1950;65:1403–8.
260. Estupiñán-Day S. Overview of salt fluoridation in the Region of the Americas. Part I: Strategies, cost-benefit analysis, and legal mechanisms utilized in the National Programs of Salt Fluoridation. Em: Geertman RM (ed.). Salt 2000, 8th World Salt Symposium. Amsterdam: Elsevier Science; 2000.
261. Estupiñán-Day S. The Success of Salt Fluoridation in the Region of the Americas after a Decade. Abstract 52080. 128th Annual Meeting of APHA, Boston, 2000.
262. Estupiñán-Day S. Improving oral health in Latin America. Oral Care Report/Harvard. 1999;9(3).
263. Marino RJ, Villa AE, Weitz A, Guerrero S. Caries prevalence in a rural Chilean community after cessation of a powdered milk fluoridation program. *J Public Health Dent.* 2004;64(2):101–5.
264. Sanchez H, Parra JH, Cardona D. Dental fluorosis in primary school students of the department of Caldas, Colombia. *Biomedica.* 2005;25(1):46–54.
265. Beltran-Aguilar ED, Barker LK, Canto MT, Dye BA, Gooch BF, Griffin SO, et al. Surveillance for dental caries, dental sealants, tooth retention, edentulism, and enamel fluorosis—United States, 1988–1994 and 1999–2002. *Morb Mortal Wkly Rep. Surveillance Summaries* 2005;54(3):1–43.
266. Beltran-Valladares PR, Cocom-Tun H, Casanova-Rosado JF, Vallejos-Sánchez AA, Medina-Solis CE, Maupomé G. Prevalence of dental fluorosis and additional sources of exposure to fluoride as risk factors to dental fluorosis in schoolchildren of Campeche, Mexico. *Rev Invest Clin.* 2005 Jul–Aug;57(4):532–9.
267. Soto-Rojas AE, Urena-Cirett JL, Martinez-Mier E. A review of the prevalence of dental fluorosis in Mexico. *Pan Am J Public Health.* 2004;15(1):9–18.
268. Frencken JE, Makoni F, Sithole WD. ART restorations and glass ionomer sealants in Zimbabwe: survival after 3 years. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1998;26:372–81.
269. Holmgren CJ, Lo EC, Hu D, Wan H. ART restorations and sealants placed in Chinese school children. Results after three years. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000;28:314–320.
270. Phantumvanit P, Songpaisan Y, Pilot T, Frencken JE. Atraumatic Restorative Treatment (ART): a three-year community field trial in Thailand. Survival of one-surface restorations in the permanent dentition. *J Public Health Dent.* 1996;56:141–5.
271. Horowitz AM. Introduction to the symposium on minimal intervention techniques for caries. *J Public Health Dent.* 1996;56(3):133–4; discussion 161–3.
272. Estupiñán-Day S, Millner T, Tellez M. Oral Health of Low Income Children: Procedures for Atraumatic Restorative Treatment (PRAT). Washington, DC: PAHO; 2006.
273. Petersen PE, Ogawa H. Strengthening the prevention of periodontal disease: the WHO approach. *J Periodontol.* 2005;76(12):2187–93.

274. Gjermo P, Rosing CK, Susin C, Oppermann R. Periodontal diseases in Central and South America. *Periodontol* 2000; 2002;29:70–8.
275. Taylor GW. Bidirectional interrelationships between diabetes and periodontal diseases: An epidemiological perspective. *Ann Periodontol*. 2001;6:99–112.
276. Dortbudak O, Eberhardt R, Ulm M, Persson GR. Periodontitis, a marker of risk in pregnancy for preterm birth. *J Clin Periodontol*. 2005;32:45–52.
277. Williams CE, Davenport ES, Sterne JA, Sivapathasundaram V, Fearne JM, Curtis MA. Mechanisms of risk in preterm low birthweight infants. *Periodontol* 2000. 2000;23:142–50.
278. Lopez NJ, Smith PC, Gutierrez J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. *J Periodontol*. 2002;73:911–24.
279. Lopez NJ, Da SI, Ipinza J, Gutierrez J. Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women with pregnancy-associated gingivitis. *J Periodontol*. 2005;76: 2144–53.
280. Pascolini D, Mariotti SP, Pokharel GP, Pararajasegaram R, Etya'ale D, Negrel AD, et al. 2002 Global update of available data on visual impairment: a compilation of population-based prevalence studies. *Ophthalmic Epidemiol*. 2004 Apr;11(2):67–115.
281. Resnikoff S, Pascolini D, Etya'ale D, Kocur I, Pararajasegaram R, Pokharel GP, et al. Global data on visual impairment in the year 2002. *Bull World Health Organ*. 2004 Nov;82(11): 844–51.
282. World Health Organization. State of the World Sight Vision 2020: The Right to Sight: 1999–2005. Geneva: WHO; 2005.
283. Silva JC, Limburg H. Rapid assessment of cataract surgical services in Latin America. *IAPB News*. 2006 Apr;(49).
284. Nano ME, Nano HD, Mugica JM, Silva JC, Montana G, Limburg H. Rapid assessment of visual impairment due to cataract and cataract surgical services in urban Argentina. *Ophthalmic Epidemiol*. 2006;13(3):191–7.
285. Pongo Aguila L, Carrión R, Luna W, Silva JC, Limburg H. Ceguera por catarata en personas mayores de 50 años en una zona semirural del norte del Perú. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5/6):387–93.
286. Pan American Health Organization, Technology and Health Services Delivery. Health Services Organization Series: Eye Diseases in People 40–84. The Barbados Eye Studies: A Summary Report. Washington, DC: PAHO; 2006. (THS/OS/06/8).
287. Morales E, Angeles M, Battle J, et al. Primera Encuesta de Diabetes y Ceguera en la República Dominicana. Santo Domingo: Editora Colores; 1997. Pág. 1–36.
288. Leske MC, Wu SY, Hyman L, Li X, Hennis A, Connell AM, Schachat AP. Diabetic retinopathy in a black population: the Barbados Eye Study. *Ophthalmol*. 1999;106(10):1893–9.
289. Weih LM, VanNewkirk MR, McCarty CA, Taylor HR. Age-specific causes of bilateral visual impairment. *Arch Ophthalmol*. 2000;118(2):264–9.
290. Wu SY, Nemesure B, Leske MC. Refractive errors in a black adult population: the Barbados Eye Study. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 1999;40(10):2179–84.
291. Maul E, Barroso S, Munoz SR, Sperduto RD, Ellwein LB. Refractive error study in children: results from La Florida, Chile. *Am J Ophthalmol*. 2000;129(4):445–54.
292. Guatemala, Programa de Eliminación de la Oncocercosis en las Américas. ¿Cómo vamos en coberturas de tratamiento con Mectizan®? Reporte de tratamiento 2005, en la Región, por país y foco endémico. Ciudad de Guatemala: OEPA; 2006.
293. Mora JO, Gueri M, Mora OL. Vitamin A deficiency in Latin America and the Caribbean: an overview. *Rev Panam Salud Publica*. 1998;4(3):178–86.
294. Laine A. Activities for the prevention of xerophthalmia and vitamin A deficiency in the communities served by Project HOPE, Haiti. *Sight and Life Newsletter*. 1999;1:20.
295. Organización Mundial de la Salud. Lucha contra el tracoma: perspectivas: informe de una reunión científica mundial. Ginebra: OMS; 1996. Pág. 4–7. (WHO/PBL/96.56).
296. Organización Mundial de la Salud. Informe de la novena reunión de la Alianza de la OMS para la Eliminación Mundial del Tracoma. Ginebra: WHO; 2005. Pág. 1–58. (WHO/PBD/GET 05.1).
297. Pan American Health Organization. Guidelines for development of eye care programs and services in the Caribbean. Washington, DC: PAHO, 1998. Pág. 1–26.
298. Gilbert C, Judnoo R, Eckstein M, O'Sullivan J, Foster A. Retinopathy of prematurity in middle-income countries. *Lancet*. 1997;350(9070):12–24.
299. Frick KD, Foster A. The magnitude and cost of global blindness: an increasing problem that can be alleviated. *Am J Ophthalmol*. 2003 Apr;135(4):471–6.
300. Frick KD, Kymes SM. The calculation and use of economic burden data. *Br J Ophthalmol*. 2006 Mar;90(3):255–7.
301. Silva JC, Bateman JB, Contreras F. Eye disease and care in Latin America and the Caribbean. *Surv Ophthalmol*. 2002; 47(3):267–74.
302. Silva JC. Eye care situation in Latin America and the Caribbean: an update year 2000. Bogotá: PAHO; 2000. Pág. 1–9. (PAHO/PBL/2000.1).
303. Musa J, Silva JC, Cambell F, Graham R, Wormald R, Dineen B, et al. The use of an eye care communication program to detect those with glaucoma and other blinding conditions in Belize. *IAPB News*. 2004 Apr;42:4–5.
304. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CE122.R5. Población y salud reproductiva. 25ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, DC; OPAS: 1998. Disponible em: [http://www.OPAS-oms.org/spanish/gov/csp/csp25_4.pdf#search=%22%22poblacion%20y%20salud%](http://www.OPAS-oms.org/spanish/gov/csp/csp25_4.pdf#search=%22%22poblacion%20y%20salud%20)

- 20reproductiva%22%20conferencia%20sanitaria%20panamericana%22. Acesso em 6 de novembro de 2006.
305. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Reproductive Health Strategy to Accelerate Progress Towards the Attainment of International Development Goals and Targets. Strategy adopted by the 57th World Health Assembly, May 2004. Disponível em: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/strategy.pdf#search=%22who%20strategy%20for%20accelerating%20progress%20towards%20the%20attainment%22>. Acesso em 6 de novembro de 2006.
 306. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Populations Prospects: The 2004 Revision. Population database. Disponível em: <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=6>. Acesso em 6 de novembro de 2006.
 307. World Health Organization. World Health Statistics 2006. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/en/>. Acesso em 6 de novembro de 2006.
 308. Schwarcz R, Fescina R. Maternal mortality in Latin América and the Caribbean. *Lancet*. 2000;356(Suppl. S11):3245–67.
 309. Kunst A, Houweling T. A global picture of poor-rich differences in the utilization of delivery care. Em: De Brouwere V, Van Lebergne W, (eds). *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Stud Health Serv Organ Policy. 2001; 17:297–316. Disponível em: <http://www.eldis.org/static/DOC12420.htm>. Acesso em 6 de novembro de 2006.
 310. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2003. Disponível em: <http://espanol.iwhc.org/docUploads/WHO%20Guidance%20en%20Espa%C3%B1ol.pdf>. Acesso em 6 de novembro de 2006.
 311. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, DC: OPAS/OMS; 2003. (Publicación científica y técnica 588). Disponível em: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm. Acesso em 6 de novembro de 2006.
 312. World Health Organization. Neonatal and perinatal mortality 2006. Country, regional and global estimates. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/241563206_eng.pdf. Acesso em 6 de novembro de 2006.
 313. Argentina, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, <http://www.indec.mecon.gov.ar/>. Brasil, Ministério da Saúde, <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>. Chile, Instituto Nacional de Estadística, http://www.ine.cl/ine/canales/chile_estadistico/home.php. México, Secretaría de Salud, <http://www.salud.gob.mx/>. Acesso em 6 de novembro de 2006.
 314. Jacoby E. Diet, physical activity and health in the Americas: a call to action. *Food Nut Bull*. 2004;25(2):172–4.
 315. Shrimpton R, Victora C, de Onis M, Lima RC, Blossner M, Clugston G. The worldwide timing of growth faltering: implications for nutritional interventions. *Pediatrics*. 2001; 107:e75.
 316. Lutter CK, Rivera JA. Nutritional status of infants and young children and characteristics of their diets. *J Nutr*. 2003; 133(9S):2941S–9S.
 317. Organización Mundial de Salud. Resolución WHA54.2. Nutrición del lactante y del niño pequeño. 54ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2001.
 318. Organización Mundial de Salud. VIH y alimentación infantil: marco estratégico para las acciones prioritarias. Ginebra: OMS; 2003.
 319. United Nations, Administrative Committee on Coordination Sub-Committee on Nutrition. Fourth Report on the World Nutrition Situation. Ginebra: UN; 2000.
 320. World Health Organization. Global prevalence of vitamin A deficiency. Ginebra: WHO; 1995.
 321. Hotz CH, Brown KH. Assessment of the risk of zinc deficiency in populations and options for its control. *Food Nut Bull*. 2004; 25:1;S130–S162.
 322. Logan S, Martins S, Gilbert R. Iron therapy for improving psychomotor development and cognitive function in children under the age of three with iron deficiency anemia. *Cochrane Database Sys Rev*. 2001;(3):CD0001444.
 323. Lozoff B, Jimenez E, Smith JB. Double burden of iron deficiency in infancy and low socioeconomic status. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160:1109–13.
 324. World Health Organization. Global Database on Iodine Deficiency. Iodine Status Worldwide. Ginebra: WHO; 2004.
 325. World Health Organization; United Nations Children's Fund; International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders. Indicators for assessing iodine deficiency disorders and their control through salt iodization. Ginebra: WHO; 1994. (WHO/NUT/94.6).
 326. World Health Organization; United Nations Children's Fund; International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders. Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring their Elimination. Ginebra: WHO; 2001. (WHO/NHD/01.1).
 327. World Health Organization. Global Database on Iodine Deficiency. Iodine Status Worldwide. Ginebra: WHO; 2004.
 328. Pretell EA, Delange F, Hostalek U, Corigliano S, Barreda L, Higa AM. Iodine nutrition improves in Latin America. *Thyroid*. 2004;14(8):590–9.
 329. Rivera J, Barquera S, Campirano F, Campos I, Safdie M, Tovar V. Epidemiological and nutritional transition in Mexico: rapid increase of non-communicable chronic diseases and obesity. *Pub Health Nutr*. 2002;5(1A):113–22.
 330. Vio F, Uauy R. The public policy response to epidemiological and nutritional transition: The case of Chile. Em: Freire W (ed). *Nutrition and Active Life: From Knowledge to Action*. Washington, DC: PAHO; 2006. Pág. 205–219.

331. Cortez R, Jacoby E. Determinantes de la obesidad y sobrepeso en el Perú. Em: Cortez (ed). Salud, Equidad y Pobreza en el Perú. Lima: Universidad del Pacífico; 2002.
332. Organización Mundial de la Salud. Base de datos global: índice de masa corporal. Disponível em: <http://www.who.int/bmi/index.jsp>. Acesso em julho de 2006.
333. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Obesity Trends 1985–2006. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/trend/maps/index.htm>. Acesso em julho de 2006.
334. Uauy R, Monteiro CA. The challenge of improving food and nutrition in Latin America. *Food Nutr Bull.* 2004;25(2): 175–182.
335. World Health Organization. Sedentary Lifestyle: A Global Public Health Problem. Genebra: WHO; 2002.
336. Uauy R, Monteiro CA. The challenge of improving food and nutrition in Latin America. *Food Nutr Bull.* 2004;25(2): 175–82.
337. Glasgow RE, Lichtenstein E, Marcus AC. Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *Am J Public Health.* 2003;93(8):1261–67.
338. Forrester T. Report to Caribbean Commission on Health and Development: Cardiovascular Disease and Cancer. Jamaica; 2003.
339. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Genebra: OMS; 2004.
340. Hill JO, Wyatt HR, Reed GW, Peters JC. Obesity and the environment: where do we go from here? *Science.* 2003;299: 853–56.
341. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial de salud 2002. Genebra: OMS; 2002.
342. Eyre H, Robertson RM, Kahn R. Preventing cancer, cardiovascular disease, and diabetes. *Diabetes Care.* 2004;7: 1812–24.
343. Organización Mundial de la Salud, Centro para Investigación de la Epidemiología de los Desastres. Base de datos de emergencias. Disponível em: <http://www.em-dat.net>. Acesso em julho de 2006.
344. Organización Panamericana de la Salud, Área de Preparativos de Emergencia en Caso de Desastres y Catástrofes. Estado de Mitigación y Preparativos para Desastres en el Sector Salud. 2006.
345. Organización Panamericana de la Salud. Informe de progreso sobre los preparativos y la respuesta frente a los desastres sanitarios a nivel nacional y regional. 47º Consejo Directivo. Washington, DC: OPAS; 2006.
346. Estados Unidos, House of Representatives. A Failure of Initiative. Final Report of the Select Bipartisan Committee to Investigate the Preparation for and Response to Hurricane Katrina. 109th Congress, 2nd Session, fevereiro de 2006.
347. Organización Panamericana de la Salud. Impacto de los desastres en la salud pública. Bogotá: OPAS; 2000.
348. Centro Regional de Información sobre Desastres de América Latina y el Caribe. Disponível em: <http://www.crid.or.cr>. Acesso em julho de 2006.
349. Cardona O. La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo: una crítica y una visión necesaria para la Gestión. Centro de Estudios sobre Desastres y Riesgos, Universidad Nacional de Los Andes, Bogotá, Colombia. 2001.
350. Programas de las Naciones Unidas para el Desarrollo. La reducción del riesgo de desastres: un desafío para el desarrollo. Nova Iorque: PNUD; 2004.
351. Lavell A. Decision making and risk management. Science Faculty (FLACSO) and La Red de Estudios Sociales en la Prevención de Desastres en América Latina. (Documento preparado y presentado en la conferencia de Furthering Cooperation in Science and Technology for Caribbean Development, Port of Spain, Trinidad, septiembre de 1998).
352. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo: Salud de los pueblos indígenas de las Américas. Washington, DC: OPAS; 2004.
353. Hall G, Patrinos AH. Indigenous Peoples, Poverty and Human Development in Latin America: 1994–2004. Washington, DC: World Bank; 2005.
354. Montenegro R, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. (Indigenous Health Series no. 2). *Lancet.* 2006; 367:1859–69.
355. Stephens C, Porter J, Nettleton C, Willis R. Disappearing, displaced, and undervalued: a call to action for indigenous health worldwide. (Indigenous Health Series no. 4). *Lancet.* 2006;367:2019–28.
356. Stephens C, Nettleton C, Porter J, Willis S. Indigenous people's health—why are they behind everyone, everywhere? *Lancet.* 2005 July;366.
357. México, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. La situación de los pueblos indígenas. ¿Dónde estamos? [Site na Internet]. Disponível em: http://cdi.gob.mx/index.php?id_seccion=176. Acesso em 25 de maio 2006.
358. Webster P. Health in the Arctic Circle. *Lancet.* 2005;365: 741–2.
359. Oostdama J, Donaldson S, Feeley M, Arnold D, Ayotted P, Bondyc G, et al. Contaminants in Canadian Arctic Biota and Implications for Human Health. *Sci Total Environ.* 2005 December; 351–2:165–246.
360. Alonso C, Miranda L, Hughes S, Fauveau L. Reducing maternal mortality among repatriated populations along the Guatemala-Mexico border. Em: Reproductive Health for Displaced People: Investing in the Future. *Forced Migration Review.* 2004 January; Vol. 19:13–16.
361. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lineamientos estratégicos para reducir la mortalidad materna. Ciudad de Guatemala: Secretaría Presidencial de la Mujer; 2003.

362. Calvo A. Situación de salud: Sub-Región Andina [PowerPoint]. Montevideo: Reunión Subregional de Representantes de la OPAS/OMS y Directores de Centro del Cono Sur y Área Andina; 2006.
363. Zolla C. La salud de los pueblos indígenas de México [PowerPoint]. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México; 2004.
364. Cardoso A, Mattos I, Koifman, R. Prevalence of risk factors for cardiovascular disease in the Guaraní-Mbyá population of the State of Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2001 Mar/Apr;17(2):345–54.
365. Anand S, Yusuf S, Jacobs R, Davis D, Yi Q, Gerstein H, et al. Risk factors, atherosclerosis, and cardiovascular disease among aboriginal people in Canada: the Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Aboriginal Peoples (SHARE-AP). *Lancet*. 2001;358:1147–53.
366. Organización Panamericana de la Salud. Salud de los pueblos indígenas: patrones de consumo de alcohol en los Shipibo y Aymara de Perú. Washington, DC: OPAS; 2001.
367. Organización Panamericana de la Salud. Salud de los pueblos indígenas: una aproximación a los patrones de consumo de alcohol. Washington, DC: OPAS; 2006.
368. México, Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones. Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas. 2006. Bonilla A. Drogas y alcohol en Kuna Yala. La Prensa. Panamá, 10 de diciembre de 2005. Disponible em: <http://mensual.prensa.com/mensual/contenido/2005/12/10/hoy/nacionales/430486.html>. Acceso em 4 de março de 2006.
369. Ecuador, Ministerio de Salud. Pueblos indígenas en el Ecuador y consumo de bebidas alcohólicas: cosmovisión, conocimientos, actitudes y prácticas, causas y consecuencias. Quito; 2000.
370. Jackson J. Facing the music. *Perspectives*. 2002;7(1).
371. Naciones Unidas Colombia. Creciente preocupación por los indígenas colombianos. Boletín de las Naciones Unidas, 2004. Disponible em: <http://www.nacionesunidas.org.co/noticia1.asp?Id=143>. Acceso el 2 de fevereiro de 2006.
372. Dodds D. Lobster in the rain forest: The political ecology of Miskito wage labor and agricultural deforestation. *J Polit Ecology*. 1998;5:83–108.
373. Organización Panamericana de la Salud. Derechos humanos y discapacidad entre los pueblos indígenas. Atención integral de los Buzos Miskito de Honduras. Washington, DC: OPAS; 2004. Disponible em: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/MISKITO_Derechos.doc.
374. Von Gleich U, Gálvez E. Pobreza étnica en Honduras. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999.
375. Naborre M. Atendiendo la discapacidad en la Mosquitia hondureña. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2004.
376. Kaplan J, Eidenberg M. Barotrauma. *Emedicine*. 11 November 2004. Disponible em: <http://www.emedicine.com/emerg/topic53.htm>. Acceso em 3 de junho de 2004.
377. Guatemala, Ministerio de Salud y Asistencia Social; Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002: Mujeres. Ciudad de Guatemala; 2003.
378. Colombia, Ministerio de la Protección Social; Organización Panamericana de la Salud. Insumos para la conceptualización y discusión de una política de protección social en salud para los grupos étnicos de Colombia. Ministerio de la Protección Social; 2004.
379. Ramírez S. Donde el viento llega cansado: sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí. La Paz: Cooperación Italiana; 2005.
380. Chile, Ministerio de Salud; Fondo Nacional de Salud. Política de Salud y Pueblos Indígenas. Ministerio de Salud; 2006.
381. Yáñez del Pozo J. Allikai: La salud y la enfermedad desde la perspectiva indígena. 1ª edición. Quito: Editorial Abya Yala; 2005.
382. Organización Panamericana de la Salud. Abya-Yala Kuyarinakui: Promoción de la salud sexual y prevención del VIH/sida y de las ITS en los pueblos indígenas de las Américas. Washington, DC: OPAS; 2005.
383. Knipper M, Mamallacta G, Narváez M, Santi S. Mal aire entre los Naporuna: enfermedades por viento entre la gente que vivimos a la orilla del río Napo. Quito: 1999.
384. Rojas R. Crecer sanitos. Estrategias, metodologías e instrumentos para investigar y comprender la salud de los niños indígenas. Washington, DC: OPAS; 2003.
385. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas. Santiago de Chile: CEPAL; 2006.
386. Banco Interamericano de Desarrollo. Banco de datos de legislación indígena. Disponible em: <http://www.iadb.org/sds/IND/ley/leyn/datamap.cfm>. Acceso em 20 de março de 2006.
387. Tauli-Corpuz V. Indigenous peoples and the Millennium Development Goals. (Presentado en la Cuarta Sesión del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas, Nova Iorque 6–27 de maio de 2005).
388. Naciones Unidas, Foro Permanente de las Cuestiones Indígenas. Segunda Década Internacional de los Pueblos Indígenas. Resolución RES/59/174, 12 de dezembro de 2004.
389. Organización Panamericana de la Salud. 138a Sesión del Comité Ejecutivo. La salud de los pueblos indígenas de las Américas. Washington, DC: OPAS; 2006. (CE138/13, Rev. 1).
390. Urrea F. La población afrodescendiente en Colombia. Los pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL; 2006.
391. Organización Panamericana de la Salud. Trabajando para alcanzar la equidad étnica en salud. Taller Regional para América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPAS; 2004.
392. Organización Panamericana de la Salud. Informe de progreso sobre la familia y la salud. 46º Consejo Directivo. Washington, DC: OPAS; 2005. (CD46/21).

393. Mackino J, Guanais FC, Souza MFM. An evaluation of impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Comm Health*. 2006;60: 13–19.
394. Johnson K, Posner SE, Bierman J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, et al. Recommendations to Improve Preconception Health and Health Care, United States. A Report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *MMWR Recommendations and Reports*. 2006 April;55(RR06):1–23.
395. Baptiste DR, Bhana A, Petersen I, Mc Kay, Voisin D, Bell C, et al. Community-collaborative youth focused HIV/AIDS prevention in South Africa and Trinidad: preliminary findings. *J Ped Psych*. 2006;31(9):905–16.
396. Organización Panamericana de la Salud. La familia y la salud. 44º Consejo Directivo. Washington, DC: OPAS; 2003. (CD44/10).
397. Organización Panamericana de la Salud. La salud neonatal en le contexto de la salud de la madre. 47º Consejo Directivo. Washington, DC: OPAS; 2006.
398. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de las Américas. Santiago de Chile; CEPAL; 2005.
399. Organización Panamericana de la Salud. Estimaciones de mortalidad en menores de 5 años e infantil en la región de las Américas. Washington, DC: OPAS; 2005. Inédito.
400. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Anuario estadístico de América Latina y el Caribe 2005. Santiago de Chile: CEPAL; 2006. (LC/G.2311-P/B).
401. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, Bellagio Child Survival Study Group. ¿Cuántas muertes infantiles se pueden evitar este año? *Lancet*. 2003;362:65–71.
402. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia. Nova Iorque: UNICEF; 2005.
403. Organización Panamericana de la Salud. La mortalidad por enfermedades transmisibles en la infancia en los países de la Región de las Américas. *Bol AIEPI*. 2000 junho; No. 4.
404. Organización Mundial de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; Organización Panamericana de la Salud, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Prácticas familiares clave para el crecimiento y desarrollo infantil saludable. Serie FCH/CA 62(3). Washington, DC: OPAS; 2001. Disponible em: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-pc.pdf>.
405. Huicho L, Davila M, Gonzales F, Drasbek C, Bryce J, Victora CG. Implementation of the Integrated Management of Childhood Illness Strategy in Peru and its association with health indicators: an ecological analysis. *Health Policy Plan*. 2005;20:33–41.
406. Quijano AM, Drasbek C. Informe de evaluación de participación y movilización social, Distrito de Chao, Perú. Informe del proyecto. Washington, DC: OPAS; 2007. Inédito.
407. Global Health Council. Commitments: youth reproductive health, the World Bank, and the Millennium Development Goals. Washington, DC: Global Health Council; 2004.
408. Naciones Unidas. Declaración de Compromiso sobre el VIH/sida. Asamblea General 26a Sesión Especial, 5–27 de junho de 2001. Nova Iorque: NU; 2002.
409. Naciones Unidas. Un mundo apropiado para los niños. Asamblea General, 27a Sesión, 8–10 de maio de 2002. Nova Iorque: NU; 2002.
410. Estados Unidos, Population Reference Bureau. La juventud mundial. Washington, DC: PRB; 2006. Disponible em: http://www.prb.org/pdf06/06WorldsYouth_SP.pdf.
411. Estados Unidos, Georgetown University, School of Foreign Service, Center for Latin American Studies. Pueblos indígenas, democracia y participación política. Disponible em: <http://pdba.georgetown.edu/IndigenousPeoples/demographics.html>. Acceso em setembro de 2006.
412. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2004. Santiago de Chile: CEPAL; 2004.
413. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La juventud en Iberoamérica: tendencias y urgencias. Santiago de Chile: CEPAL; 2004.
414. United Nations Population Fund. State of World Population 2005 Report: The Promise of Equality Gender Equity, Reproductive Health and the Millennium Development Goals. Nova Iorque: UNFPA; 2005.
415. United Nations Population Fund. Overcoming gender disparities [Site na Internet]. Disponible em: <http://www.unfpa.org/adolescents/gender.htm>. Acceso em julho de 2006.
416. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La vulnerabilidad reinterpretada, asimetrías, cruces y fantasmas. Santiago de Chile: CEPAL; 2002.
417. Rodríguez J. Migración interna en América Latina y el Caribe: estudio regional del período 1980–2000. Santiago de Chile: CELADE; 2004.
418. Estados Unidos, National Academies, National Research Council, Institute of Medicine. Growing up global: the changing transitions to adulthood in developing countries. Washington, DC: National Academy Press; 2005.
419. Kalmanovitz S. Emigración colombiana a los Estados Unidos: trasterritorialización de la participación política y socioeconómica. Em: *Macroeconomía y gasto público en economías de desarrollo intermedio: esquemas de reproducción kaleckianos y marxistas*. agosto de 2006. Disponible em: <http://www.lablaa.org/blaavirtual/sociologia/guar-niz-1/perfil.html>.
420. Kliksberg B. O contexto da juventude na América Latina e no Caribe: as grandes interrogações. Em: Thompson A. (ed.). *Associandose á juventude para construir o futuro*. São Paulo: Fundação W. K. Kellogg; 2006. Pág. 21–58. Disponible em: <http://www.wkkf.org>.
421. Stanley J. Situación de la juventud indígena en Panamá [Site na Internet]. Disponible em: <http://www.gobernabilidad.cl>. Acceso em outubro de 2006.
422. Oficina Internacional del Trabajo. Tendencias mundiales del empleo juvenil. Ginebra: OIT; 2004.

423. Estados Unidos Agency for International Development. Country profile Caribbean region (April 2003). Disponível em: <http://www.synergyaids.com/summaries.asp>. Acesso em julho de 2003.
424. International Labor Organization, Inter-American Research and Documentation Center on Vocational Training. [Site na Internet]. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/english/region/ampro/cinterfor/index.htm>. Acesso em julho de 2006.
425. World Health Organization, Family and Community Health; Department of Child and Adolescent Health and Development. Broadening the horizon: balancing risk and protection for adolescents. Genebra: WHO; 2002.
426. Machinea JL. Panorama social de América Latina 2004. Disponível em: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/20386/Presentacion_ps04_JLM.pdf.
427. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2002–2003. Santiago de Chile: CEPAL; 2003.
428. Jelin E, Díaz-Muñoz A. Major Trends Affecting Families: South America in Perspective. United Nations; 2003.
429. Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas de salud de las Américas, edición 2006. Washington, DC: OPAS; 2006.
430. Organización Panamericana de la Salud, Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud. [Base de datos]. Washington, DC: OPAS; 2005.
431. Jamaica, Ministry of Health. National HIV/STI Prevention and Control Program 2005. HIV/AIDS epidemic update: January to December 2004. Kingston: Ministry of Health; 2005.
432. Organización Mundial de la Salud. Control global de la tuberculosis. Informe OMS 2003. Genebra: OMS; 2003.
433. Breinabuer C, Maddaleno M. Youth: choices and change: promoting healthy behavior in adolescents. Washington, DC: OPAS; 2005. (Publicación científica y técnica 594).
434. Dietz WH. Childhood weights affect adult morbidity and mortality. *J Nutr.* 1998; 128(2supl):411–4.
435. Estados Unidos, Robert Wood Johnson Foundation; American Heart Association. Nation at risk: obesity in the US: a statistical sourcebook. 2005.
436. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention, Division of Reproductive Health; United States Agency for International Development. Reproductive, maternal, and child health in Central America: trends and challenges facing women and children: El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua. Atlanta: CDC/USAID; 2005.
437. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Informe sobre la epidemia mundial de sida. Edición especial con motivo del décimo aniversario del ONUSIDA. Genebra: ONUSIDA; 2006.
438. Calderon V. Foro nacional de prevención y atención de prevención y atención de adolescentes embarazadas. República Dominicana, Ministerio de Salud Pública; 2002.
439. Jamaica, National Family Planning Board. Reproductive Health Survey 2002. Kingston: NFPB; 2005.
440. Estados Unidos, Guttmacher Institute. Maternidad temprana en Nicaragua: un desafío constante. Resumen serie 2006, N°3.
441. Estados Unidos, Guttmacher Institute. Maternidad temprana en Honduras: un desafío constante. Resumen serie 2006, N°4.
442. Estados Unidos, Guttmacher Institute. Maternidad temprana en Guatemala: un desafío constante. Resumen serie 2006, N°5.
443. World Health Organization, Family and Community Health, Department of Child and Adolescent Health and Development. Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope. Genebra: WHO; 2006.
444. El Salvador, Ministerio de Salud Pública. Estudio de línea de base de mortalidad materna. El Salvador: OPAS; 2005.
445. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; Feb;192(2):342–9.
446. Halcon L, Blum RW, Beuhring T, Pate E, Campbell-Forrester S, Venema A. Adolescent health in the Caribbean: a regional portrait. *Am J Public Health.* 2003; Nov;93(11):1851–7.
447. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. 4th edition. Genebra: WHO; 2004.
448. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, DC: OPAS; 2003.
449. Palacio M. Violencia que afecta a los jóvenes: la magnitud en Colombia. Em: Curso teoría enfoques y herramientas para la prevención de la violencia que afecta a los jóvenes. Bogotá: OPAS; 2006.
450. Organización Panamericana de la Salud. La salud sexual y reproductiva: también un asunto de hombres. Buenos Aires: OPAS; 2005.
451. Guatemala, Centro de Estudios de Guatemala. Las maras: ¿amenazas a la seguridad? Informe especial 2005. Disponível em: <http://www.laneta.apc.org/ceg>. Acesso em agosto de 2006.
452. Organización de Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Informe comparativo 7 países, encuestas escolares a nivel nacional: El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Uruguay, 2003. Washington, DC: OEA/CICAD; 2004.
453. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Populations Prospects: The 2004 Revision. Nova Iorque: United Nations; 2005.

454. Organización Panamericana de la Salud, Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud, Unidad de Salud Mental y Programas Especializados. Salud del adulto mayor. Washington, DC: OPAS; 2003. Inédito.
455. Albala C, Lebrao ML, León EM, Ham-Chande R, Hennis A, Palloni A, Pelaez M, Pratts O. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panamer Salud Publica*. 2005;17(5/6):307–22.
456. México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática; Estados Unidos, Universidades de Pennsylvania, Maryland y Wisconsin. Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). Disponible em: <http://www.mhas.pop.upenn.edu/>. Acceso em 17 de janeiro de 2006.
457. Puerto Rico, Universidad de Puerto Rico. Condiciones de salud de los adultos mayores en Puerto Rico (PREHCO). Universidad de Puerto Rico; Universidad de Wisconsin-Madison; 2006. Disponible em: <http://prehco.rcm.upr.edu>. Acceso em 17 de janeiro de 2006.
458. Costa Rica, Universidad de Costa Rica, Centro Centroamericano de Población. Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable (CRELES). Disponible em: <http://ccp.ucr.ac.cr/creles/>. Acceso em 17 de janeiro de 2006.
459. Estados Unidos, Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics. Older Americans Update 2006: Key Indicators of Well-Being. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2006. Disponible em: <http://www.agingstats.gov>. Acceso em 17 de janeiro de 2006.
460. Canadá, Canadian Institutes of Health Research. Canadian Longitudinal Study on Aging. Disponible em: <http://www.clsa-elcv.ca/>. Acceso em 17 de janeiro de 2006.
461. Naciones Unidas. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Disponible em: <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/waa/a-conf-197-9b.htm>. Acceso em 17 de janeiro de 2006.
462. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Informe de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: hacia una Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003. Disponible em: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/14644/lcl2079e.pdf>. Acceso em 17 de janeiro de 2006.
463. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. Ginebra: OMS; 2002. Disponible em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02_8.pdf. Acceso em 17 de janeiro de 2006.
464. Organización Panamericana de la Salud. Seminario Sobre Políticas Sociales y Rehabilitación Integral en los Países del Cono Sur. Montevideo: OPAS; 2002.
465. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ginebra: OMS; 2001.
466. Organización Panamericana de la Salud. Atención Primaria en Salud y Rehabilitación. Programa Regional de Rehabilitación OPAS/OMS. Documento de trabajo. Managua: OPAS; 2005.
467. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la discapacidad en las Américas. Programa Regional de Regional de Rehabilitación OPAS/OMS. Documento de trabajo. Managua: OPAS; 2004.
468. Organización Panamericana de la Salud. La discapacidad en Nicaragua: situación actual y perspectivas. Managua: OPAS; 2005.
469. Chile, Fondo Nacional de la Discapacidad. Discapacidad en Chile. Pasos hacia un modelo integral de funcionamiento humano. Santiago de Chile; 2006.
470. Ecuador, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; Consejo Nacional de Discapacidad. Ecuador: La discapacidad en cifras. Quito; 2005.
471. Organización Panamericana de la Salud. La discapacidad en Panamá: situación actual y perspectivas. Panamá: OPAS; 2005.
472. Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo Nacional de Población de. Informe preliminar cifras de población con discapacidad. Bogotá: DANE; 2006.
473. Argentina, Fundación Par. La discapacidad en Argentina. Un diagnóstico de situación y políticas públicas vigentes al 2005. Buenos Aires: Fundación Par; 2005.
474. Argentina, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. La población con discapacidad en Argentina. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI). 2005.
475. Montero F. El derecho a la salud y a la rehabilitación de las personas con discapacidades. Ginebra: OMS; 2006.
476. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2005. Santiago de Chile: CEPAL; 2005.
477. Organización Panamericana de la Salud, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Reunión sobre el control de las helmintiasis intestinales en el contexto de AIEPI: informe. Washington, DC: OPAS; 2000.
478. Hurtado AM, Lambourne CA, James P, Hill K, Cheman K, Baca K. Human rights, biomedical science, and infectious diseases among South American indigenous groups. *Annu Rev Anthropol*. 2005 Oct;34:639–65.
479. Guyatt H. Do intestinal nematodes affect productivity in adulthood? *Parasitol Today*. 2000 Apr;16(4):153–8.
480. Crompton DW, Nesheim MC. Nutritional impact of intestinal helminthiasis during the human life cycle. *Annu Rev Nutr*. 2002;22:35–59.
481. Gyorkos, TW, Larocque R, Casapia M, Gotuzzo E. Lack of risk of adverse birth outcomes after deworming in pregnant women. *Pediatr Infect Dis J*. 2006 Sept;25(9):791–4.
482. Larocque R, Casapia M, Gotuzzo E, Gyorkos TW. Relationship between intensity of soil-transmitted helminth infec-

- tions and anemia during pregnancy. *Am J Trop Med Hyg.* 2005 Oct;73(4):783–9.
483. Ehrenberg JP, de Merida AM, Sentz J. An epidemiological overview of geohelminth and schistosomiasis in the Caribbean. Washington, DC: PAHO; 2003.
484. World Health Organization. Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis. *Wkly Epidemiol Rec.* 2006 junio; 22:221–232. Disponível em: http://www.filariasis.org/pdfs/WER_81_2006_221-232.pdf.
485. World Health Organization. Fifty-Fourth World Health Assembly Resolution, Provisional agenda item 13.3. Global Health Security: Epidemic alert and response. Genebra: WHO; 2001.
486. Merianos A, Peiris M. International Health Regulations (2005). *Lancet.* 2005 Oct;366.
487. Organización Mundial de la Salud. Resolución 58.3. Revisión del Reglamento Sanitario Internacional. 58a Asamblea Mundial de la Salud. Genebra: OMS; 2005. Disponível em: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3en.pdf. Acesso em 24 de outubro de 2006.
488. Organización Panamericana de la Salud. Programa Regional de Alerta y Respuesta a Epidemias: trabajando para afrontar brotes de enfermedad en las Américas. 2006.
489. Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA56.19. Prevención y control de las pandemias y epidemias anuales de gripe. 56a Asamblea Mundial de la Salud, Genebra, 2003.
490. Organización Panamericana de la Salud. Resolución. CD44.R8. Pandemia de influenza: preparación en el continente americano. 44o Consejo Directivo. Washington, DC: OPAS; 2003.
491. United Nations. World Urbanization Prospects: The 2005 Revision. Nova Iorque: UN; 2006. Disponível em: http://www.un.org/esa/population/publications/WUP_2005/2005_wup.htm. Acesso em 17 de janeiro de 2007.
492. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Helping prevent avian influenza in Latin America and the Caribbean. Rome: FAO; 2006. Disponível em: <http://www.fao.org/newsroom/en/news/2006/1000381/index.html>. Acesso em 11 de janeiro de 2007.
493. Organización Mundial de la Salud. Resolución 58.3. Revisión del Reglamento Sanitario Internacional. 58a Asamblea Mundial de la Salud. Genebra: OMS; 2005.
494. Organización Mundial de la Salud. Plan mundial de la OMS de preparación para una pandemia de la influenza. Función y recomendaciones de la OMS para las medidas nacionales antes y durante las pandemias. (WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5). Disponível em: http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5SP501..pdf. Acesso em 16 de janeiro de 2007.
495. Meltzer MI, Shoemaker HA, Kownaski M, Crosby R. FluAid 2.0. Software and Manual to Aid State and Local-Level Health Officials Plan, Prepare and Practice for the Next Influenza Pandemic. Atlanta: CDC; 2000. Disponível em: <http://www.cdc.gov/flu/tools/fluaid/>.
496. Zhang X, Meltzer MI, Wortley P. FluSurge 2.0. Software to Estimate the Impact of an Influenza Pandemic on Hospital 503. Surge Capacity. Atlanta: CDC; 2005. Disponível em: <http://www.cdc.gov/flu/tools/flusurge/>.
497. Praveen Dhankhar, Zhang X, Meltzer MI, Bridges CB. Flu-WorkLoss 1.0. Software and Manual to Aid State and Local Public Health Officials Estimating the Impact of an Influenza Pandemic on Work Day Loss. Atlanta: CDC; 2006. Disponível em: http://www.cdc.gov/flu/tools/flu_workloss/.
498. Organización Mundial de la Salud. Lista de verificación de la OMS del plan de preparación para una pandemia de influenza. Genebra: OMS; 2005. (WHO/CDS/CSR/GIP/2005.4). Disponível em: http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_4SP.pdf. Acesso em 16 de janeiro de 2007.
499. Glezen WP. Emerging Infections: Pandemic Influenza. *Epidemiologic Reviews.* 1996;18(1):64–76.
500. Knobler SL, Mack A, Mahmoud A, Lemon SM (eds). *The Threat of Pandemic Influenza: Are We Ready?* Washington, DC: National Academies Press; 2005.
501. World Health Organization. Outbreak News—Severe acute respiratory syndrome (SARS). *Wkly Epidemiol Rec.* 78(12); 81–8.
502. Canadá, Public Health Agency of Canada. *Learning from SARS—Renewal of Public Health in Canada.* Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2003. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/>. Acesso em 15 de fevereiro de 2007.
503. World Health Organization. Consensus document on the epidemiology of severe acute respiratory syndrome (SARS). Genebra: WHO; 2003. (WHO/CDC/CSR/GAR/2003.11). Disponível em: <http://www.who.int/csr/sars/guidelines/en/index.html>. Acesso em 15 de fevereiro de 2007.
504. Organización Mundial de la Salud. Yugulado el último brote de SRAS en China, persiste la preocupación respecto a la bioseguridad. Actualización nº 7 del 18 de mayo de 2004. Disponível em: http://www.who.int/csr/don/2004_05_18a/en/index.html. Acesso em 15 de fevereiro de 2007.
505. Singapore, Ministry of Health. Biosafety and SARS Incident in Singapore September 2003. Report of the Review Panel on New SARS Case and Biosafety. Disponível em: http://www.moh.gov.sg/corp/sars/pdf/Report_SARS_ZBio-safety.pdf. Acesso em 15 de fevereiro de 2007.
506. Organización Panamericana de la Salud. EER Noticias: Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, Región de las Américas. Washington, DC: OPAS; 2004. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/eid-eer-2007-04-16.htm>. Acesso em 15 de fevereiro de 2007.

APÊNDICE. Lista das principais causas de morte (CIE-10/LC)

Total	A00-R99, V01-Y89
LC-01	Doenças infecciosas intestinais (A00-A09)
LC-02	Tuberculose (A15-A19)
LC-03	Doenças transmitidas por vetores e raiva (A20, A44, A75-A79, A82-A84, A85, A90- A96, A98.0-A98.2, A98.8, B50-B57)
LC-04	Doenças imunopreveníveis (A33, A37, A80, B01, B05, B06, B15, B16, B17.0, B18.0, B18.1, B18.9, B19, B26)
LC-05	Meningite (A39, A87, G00-G03)
LC-06	Septicemia (A40-A41)
LC-07	Doença por vírus da imunodeficiência humana [HIV] (B20-B24)
LC-08	Neoplasia maligna do esôfago (C15)
LC-09	Neoplasia maligna do estômago (C16)
LC-10	Neoplasia maligna do cólon, sigmóide, reto e ânus (C18-C21)
LC-11	Neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepáticas (C22)
LC-12	Neoplasia maligna da vesícula biliar e de outras partes das vias biliares (C23, C24)
LC-13	Neoplasia maligna do pâncreas (C25)
LC-14	Neoplasia maligna da laringe (C32)
LC-15	Neoplasia maligna da traquéia, dos brônquios e do pulmão (C33, C34)
LC-16	Melanoma e outras neoplasias malignas da pele (C43, C44)
LC-17	Neoplasia maligna da mama feminina (C50)
LC-18	Neoplasia maligna do útero (C53-C55)
LC-19	Neoplasia maligna do ovário (C56)
LC-20	Neoplasia maligna da próstata (C61)
LC-21	Neoplasia maligna do rim, exceto da pélvis renal (C64)
LC-22	Neoplasia maligna da bexiga urinária (C67)
LC-23	Neoplasia maligna do encéfalo (C71)
LC-24	Neoplasia maligna do tecido linfático, hematopoético e tecidos afins (C81-C96)
LC-25	Neoplasias benignas, in situ e de comportamento incerto (D00-D48)
LC-26	Diabetes mellitus (E10-E14)
LC-27	Desnutrição e anemias nutricionais (D50-D53, E40-E64)
LC-28	Transtornos dos líquidos, dos eletrólitos e do equilíbrio ácido-básico (desidratação) (E86-E87)
LC-29	Demência e doença de Alzheimer (F01, F03, G30)
LC-30	Transtornos mentais e do comportamento devidos ao uso de substâncias psicoativas (F10-F19)
LC-31	Doença de Parkinson (G20)
LC-32	Epilepsia e estado de mal epilético (G40, G41)
LC-33	Doenças cardíacas reumáticas crônicas (I05-I09)
LC-34	Doenças hipertensivas (I10-I15)
LC-35	Doenças isquêmicas do coração (I20-I25)
LC-36	Doença cardiopulmonar e doenças da circulação pulmonar (I26-I28)
LC-37	Transtornos valvulares não reumáticos (I34-I38)
LC-38	Cardiomiopatia (I42)
LC-39	Parada cardíaca (I46)
LC-40	Arritmias cardíacas (I47-I49)
LC-41	Insuficiência cardíaca, complicações e doenças mal definidas do coração (I50-I51)
LC-42	Doenças cerebrovasculares (I60-I69)
LC-43	Aterosclerose (I70)
LC-44	Aneurisma e dissecação aórticos (I71)
LC-45	Doenças respiratórias agudas exceto influenza e pneumonia (J00-J06, J20-J22)
LC-46	Influenza e pneumonia (J10-J18)

LC-47	Doenças crônicas das vias respiratórias inferiores (J40-J47)
LC-48	Edema pulmonar e outras doenças respiratórias que afetam o interstício (J80-J84)
LC-49	Insuficiência respiratória (J96)
LC-50	Apendicite, hérnia e obstrução intestinal (K35-K46, K56)
LC-51	Cirrose e outras doenças do fígado (K70-K76)
LC-52	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)
LC-53	Doenças do sistema urinário (N00-N39)
LC-54	Gravidez, parto e puerpério (O00-O99)
LC-55	Certas afecções originadas no período perinatal (P00-P96)
LC-56	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)
LC-57	Acidentes de transporte terrestre (V00-V89)
LC-58	Quedas acidentais (W00-W19)
LC-59	Disparo de armas de fogo não intencional (W32-W34)
LC-60	Afogamento e submersão acidentais (W65-W74)
LC-61	Acidentes que obstruem a respiração (W75-W84)
LC-62	Envenenamento acidental (X40-X49)
LC-63	Lesões auto-infligidas intencionalmente (suicídios) (X60-X84)
LC-64	Agressões (homicídios) (X85-Y09)
LC-65	Eventos de intenção não determinada (Y10-Y34)
LC-88	Restante
LC-99	Causas mal definidas (R00-R99)